

TIDAK ADA

## SKRIPSI

# HUBUNGAN PENERAPAN KOMPONEN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN TAHAP PENERIMAAN PADA PENDERITA KANKER SERVIKS DI RUANG KANDUNGAN RSU DR. SOETOMO SURABAYA

*PENELITIAN CROSS SECTIONAL*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**



Oleh :

**RUMENTHA TAMBUNAN**

**NIM : 010330674 B**

**PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

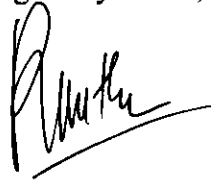
**2006**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan tinggi di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 25 Februari 2005

Yang Menyatakan,



Rumentha Tambunan  
NIM. 010330674 B

## LEMBAR PERSETUJUAN

Diterima dan Disetujui Untuk Dipertahankan  
Pada Ujian Sidang Skripsi  
Tanggal, 1 Maret 2006

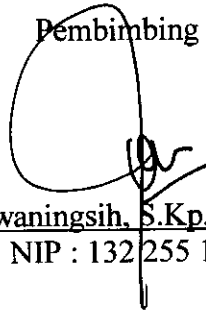
Oleh :

Pembimbing Ketua



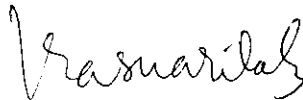
Dr. I Ketut Suidiana, Drs., M.Si  
NIP : 130 877 636

Pembimbing I



Purwaningsih, S.Kp, MARS  
NIP : 132 255 157

Pembimbing II

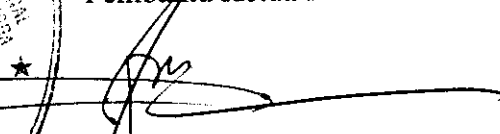


Ira Suarilah, S.Kp

Mengetahui :

An. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga  
Pembantu Ketua I



  
Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP. 140 238 226

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “Hubungan Penerapan Komponen Komunikasi Terapeutik dengan Tahap Penerimaan Pada Penderita Kanker Serviks di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya” dapat terselesaikan .

Dalam penyusunan skripsi ini penulis mendapat bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S Wiyadi, dr., Sp.THT (K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
2. Prof. H. Eddy Soewandojo, dr., Sp.PD., KTI, selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
3. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), Pembantu Ketua I Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Airlangga Surabaya dan seluruh staf pendidikan yang banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Bapak Dr. I Ketut Sudiana, Drs., M.Si, selaku pembimbing ketua yang telah meluangkan waktu, pemikiran dan saran-saran serta pengarahan dalam melaksanakan penelitian ini.

5. Ibu Purwaningsih, S.Kp, MARS, selaku pembimbing yang telah mengorbankan waktu dan tenaga dalam mengarahkan penulis selama melaksanakan penelitian ini.
6. Ibu Ira Suarilah, S.Kp, selaku pembimbing yang telah mengorbankan waktu dan tenaga dalam mengarahkan penulis selama melaksanakan penelitian ini.
7. Ibu Purwaningdyah, AMK., S.Pd, selaku Kepala Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberi kesempatan untuk melakukan penelitian.
8. Ibu Ni Ketut Alit, yang telah mengorbankan waktu dan tenaga dalam mengarahkan penulis selama melaksanakan penelitian ini.
9. Responden di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberi kesempatan penulis untuk melakukan penelitian.
10. Suamiku Johnny Simbolon dan anak-anakku yang tercinta Jefri dan Katherleen yang telah memberi dukungan baik moril maupun materiil selama menempuh pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
11. Kedua orang tuaku yang selalu memberikan dorongan melalui do'a selama mengikuti pendidikan.
12. Rekan-rekanku PSIK Angkatan VI/B dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah membantu dan memberi dorongan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Surabaya, 25 Februari 2005

Penulis

## ABSTRACT

### RELATIONSHIP BETWEEN APPLYING OF THERAPEUTIC COMMUNICATIONS COMPONENT WITH ACCEPTANCE PHASE OF CERVICAL CARCINOMA PATIENTS

At Obstetry And Gynecology Ward RSU Dr. Soetomo Surabaya

By :  
**Rumentha**

Cervical carcinoma represent ferocity which many woman with unfavourable prognosa. Acceptance phase expressed with denial, angry bergaining, depression, and acceptance.

Target of this research is to analyse relationship between applying of therapeutic communications component with acceptance phase of cervical carcinoma patients At Obstetry and Gynecology Ward RSU Dr. Soetomo Surabaya.

Design used in this research was Cross Sectional. The population was cervical carcinoma patients at Obstetry and Gynecology Wards Dr Soetomo Hospital Surabaya. Total sample was all of population. Data were then analyzed using Spearman Rho with  $p < 0,05$ .

Relationship analysis showed a significant relationship between applying of communications component of terapeutik with acceptance phase of patient of cervical carcinoma with  $p : 0.000$  and degree of correlation of  $r = 0,906$ .

It means that progressively goodness applying of good communications component progressively also phase acceptance of patient of cervical carcinoma

**Keyword : *Therapeutic Communications, Lose Respons, Cervical Carcinoma***

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL DAN PERSYARATAN GELAR .....	i
LEMBAR PERNYATAAN .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat.....	4
1.4.1 Teoritis .....	4
1.4.2 Praktis.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Konsep Dasar Komunikasi .....	5
2.1.1 Pengertian Komunikasi .....	5
2.1.2 Arti Komunikasi Bagi Perawat.....	5
2.2 Konsep Komunikasi Terapeutik .....	6
2.2.1 Komponen Komunikasi Terapeutik .....	7
2.2.2 Fase Hubungan Komunikasi Terapeutik .....	8
2.2.3 Sikap dalam melakukan Komunikasi Terapeutik.....	9
2.2.4 Teknik Komunikasi Terapeutik.....	10
2.2.5 Hambatan Komunikasi Terapeutik.....	15
2.2.6 Mengatasi Hambatan Komunikasi Terapeutik .....	16
2.3 Konsep Dasar Stres .....	17
2.3.1 Definisi Stres .....	17
2.3.2 Stressor .....	17
2.3.3 Jenis Stressor .....	17
2.3.4 Penilaian dan Koping .....	18
2.3.5 Respon Psikofisiologis Terhadap Stres .....	21
2.4 Respon Konsep Diri .....	21
2.4.1 Konsep Diri .....	21
2.4.2 Proses Kehilangan .....	23
2.5 Konsep Dasar Kanker Serviks.....	24
2.5.1 Pengertian.....	24
2.5.2 Penyebab Kanker Serviks.....	24

2.5.3	Gejala Klinis Kanker Serviks .....	28
2.5.4	Pemeriksaan Diagnostik .....	29
2.5.5	Pembagian Tingkat Keganasan Kanker Serviks.....	30
2.5.6	Cara Pengobatan dan Penanganan Kanker Serviks .....	30
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEPT DAN HIPOTESIS .....</b>	<b>31</b>
3.1	Kerangka Konseptual .....	31
3.2	Hipotesis Penelitian.....	32
<b>BAB 4</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>33</b>
4.1	Desain Penelitian.....	33
4.2	Kerangka Kerja.....	34
4.3	Populasi, Sampel dan Sampling .....	35
4.3.1	Populasi .....	35
4.3.2	Sampel.....	35
4.3.3	Sampling.....	35
4.4	Variabel Penelitian .....	36
4.5	Definisi Operasional.....	37
4.6	Pengumpulan dan Pengolahan Data .....	39
4.6.1	Instrumen Penelitian.....	39
4.6.2	Lokasi Penelitian .....	39
4.6.3	Prosedur Penelitian.....	39
4.6.4	Cara Analisis Data.....	39
4.7	Etika Penelitian .....	40
4.7.1	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	40
4.7.2	Anonimity (Tanpa Nama).....	41
4.7.3	Confidentiality (kerahasiaan) .....	41
4.7.4	Keterbatasan .....	41
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>42</b>
5.1	Hasil Penelitian .....	42
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	42
5.1.2	Karakteristik Demografi Responden .....	43
5.1.3	Data Variabel Penelitian.....	48
5.2	Pembahasan .....	50
5.2.1	Penerapan Komponen Komunikasi Perawat di Ruang Kandungan.....	50
5.2.2	Tahap Penerimaan Pada Penderita Kanker Serviks.....	52
5.2.3	Hubungan Penerapan Komponen Komunikasi Perawat dengan Tahap Penerimaan Pada Penderita Kanker Serviks .....	54
<b>BAB 6</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>56</b>
6.1	Kesimpulan.....	56
6.2	Saran.....	56
	<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>58</b>
	<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan Penerapan Komponen-Komponen Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tahap Penerimaan Pada Penderita Kanker Serviks.....	37
Tabel 4.2 Tabulasi Silang Hubungan Penerapan Komponen-Komponen Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tahap Penerimaan Pada Penderita Kanker Serviks.....	49

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Diagram 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya.....	43
Diagram 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya .....	44
Diagram 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya .....	45
Diagram 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya.....	46
Diagram 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anak di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya.....	46
Diagram 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Kanker di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya .....	47
Diagram 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Pernikahan di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya .....	48
Diagram 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Penerapan Komponen Komunikasi perawat pada Penderita Kanker Serviks di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya .....	48
Diagram 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Tahap Penerimaan Pada Penderita Kanker Serviks di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya .....	49

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Data .....	60
Lampiran 2 Surat Ijin Pengumpulan Data.....	61
Lampiran 3 Permohonan Menjadi Responden .....	62
Lampiran 4 Kesiadaan Menjadi Responden.....	63
Lampiran 5 Kuesioner Penelitian.....	64
Lampiran 6 Tabulasi Data .....	69

## DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Konseptual dan Hipotesis .....	31
Bagan 4.2 Kerangka Operasional .....	34

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Kanker serviks adalah pertumbuhan sel pada mulut rahim yang merusak jaringan sekitarnya, dimana pembelahan sel berlanjut dan menjadi tak terkendali (Roem Soedoko, 1997). Kanker serviks merupakan keganasan yang terbanyak pada wanita dengan prognosa kurang baik (pada stadium lanjut). Umumnya wanita datang memeriksakan diri setelah ada keluhan, atau pada tahap stadium lanjut yang menyebabkan penanganannya sulit (Manuaba, 1998). Respon psikologis yang timbul pada seorang yang dinyatakan kanker adalah stress, termasuk frustrasi, ansietas, kemarahan, penyangkalan, berduka dan ketidakpastian (Brunner & Suddarth, 1987).

Karena pada penderita yang mengalami stres psikologis seringkali menimbulkan grade penyakit yang lebih kuat oleh karena kanker merupakan suatu penyakit terminal maka penderita akan mengalami stres psikologis yang tinggi. Untuk menanggulangi stres tersebut perawat hendaknya memberikan suatu informasi yang bersifat terapeutik. Namun sampai saat ini informasi tentang penanganan psikologis yang diberikan oleh perawat pada penderita kanker servik belum jelas. Sehingga penderita kanker serviks tetap dalam keadaannya, dan bila stres berkepanjangan, menyebabkan daya tahan tubuh menurun bahkan menyebabkan kematian.

Di Indonesia Kanker serviks menduduki tempat teratas dari urutan penyakit keganasan yang ada. Berdasarkan data yang diperoleh dari Medical Record Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya diketahui bahwa kanker

serviks tahun 2002 terdapat 500 kasus. Penderita datang pada stadium lanjut dimana dapat dilihat berdasarkan keluhan penderita yaitu perdarahan terus menerus, keputihan yang berbau dan rasa sakit yang sangat. Pada tahun selanjutnya 2003 terdapat 437 kasus Kanker serviks atau sebanyak 30.3 % dibanding penyakit kandungan lainnya. Penderita kanker serviks pada stadium lanjut, angka ketahanan hidupnya mencapai 45- 65%. Hal ini tergantung dari kondisi fisik dan psikologisnya. Namun sejak penderita mengetahui diagnosa penyakitnya, penderita sering mengalami stres yang disebabkan kurangnya informasi yang mereka terima. Penderita yang mengalami stres berkepanjangan akan mengakibatkan penurunan imun yang lebih cepat.

Konsep diri merupakan aspek kritical dan dasar dari perilaku individu. Individu dengan konsep diri positif dapat berfungsi lebih efektif yang terlihat dari kemampuan interpersonal, kemampuan intelektual dan penguasaan lingkungan.

Psikoneuroimunologi adalah ilmu yang mempelajari kaitan sistem imun dengan stres. Dengan menggunakan pendekatan ilmu tersebut stres penderita Kanker serviks akan memodulasi sistem imun melalui jalur HPA (*Hipotalamus-Pituitari Adrenocorticol*) axis dan sistem limbik yang berfungsi sebagai pengendali emosi, perilaku dan pemahaman). Hipotalamus sebagai pengendali glukosteroid yang berpengaruh pada sistem kekebalan tubuh. Bila konsentrasinya cukup tinggi, akan terjadi penurunan respon imun sehingga mudah terkena infeksi. Tahap-tahap proses inflamasi akan terhambat, limfosit akan dihambat untuk produksi antibodi, penurunan anti bodi mengakibatkan kemampuan menahan infeksi berkurang. Perawat merupakan profesi yang menolong penderita untuk beradaptasi secara positif terhadap stres yang dialami. Untuk membina

hubungan yang terapeutik perlu komunikasi. Komunikasi terapeutik memegang peranan penting dalam membantu penderita memecahkan masalah yang dihadapi.

Melihat adanya keterkaitan antara kondisi stres psikologis dengan penurunan daya tahan tubuh, maka perlu diciptakan lingkungan yang nyaman dan kondusif. Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan penerapan komponen-komponen komunikasi terapeutik yang baik. Melalui komunikasi diharapkan respon psikologis menjadi baik sehingga status kesehatan semakin baik pula. Di ruang kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya belum menerapkan komponen-komponen komunikasi terapeutik. Atas fenomena di atas, maka peneliti sangat tertarik untuk meneliti hubungan penerapan komunikasi perawat dengan respon psikologis penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

1. Bagaimana penerapan komunikasi perawat pada penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya?
2. Bagaimana respon psikologis pasien kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya terhadap penerapan komunikasi perawat?
3. Apakah ada hubungan antara komunikasi perawat dengan respon psikologis penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya?



### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi penerapan komponen-komponen komunikasi perawat di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Mengidentifikasi tahap penerimaan penderita Kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
3. Mengidentifikasi hubungan penerapan komponen-komponen komunikasi perawat dengan tahap penerimaan penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Teoritis**

Memberikan sumbangan terhadap perkembangan ilmu keperawatan, khususnya keperawatan maternitas mengenai komunikasi perawat dalam asuhan keperawatan pada penderita kanker serviks.

#### **1.4.2 Praktis**

Sebagai masukan bagi tenaga profesional dalam menerapkan komponen-komponen komunikasi di pelayanan terutama penerapan komponen-komponen komunikasi terapeutik pada penderita kanker serviks.

## **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Komunikasi

##### 2.1.1 Pengertian Komunikasi

Istilah komunikasi berasal dari bahasa latin *communication* yang berarti sama dalam hal ini berarti sama makna. Komunikasi juga diartikan sebagai upaya seseorang untuk merubah pikiran, perasaan atau perilaku orang lain (Effendi, 1992).

Komunikasi juga merupakan elemen dasar dari hubungan interpersonal untuk membuat, memelihara, dan menampilkan kontak dengan orang lain (Anm, 1998).

##### 2.1.2 Arti Komunikasi Bagi Perawat

Menurut Stuart dan Sundeen (1995) yang dikutip oleh Intansari Nurjannah, arti komunikasi bagi perawat sebagai alat untuk membangun hubungan terapeutik. Menurut Hornsby (1974), terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Di sini dapat diartikan bahwa terapeutik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Mampu terapeutik berarti seseorang mampu melakukan atau mengkomunikasikan perkataan, perbuatan, atau ekspresi yang memfasilitasi proses penyembuhan. Sebagai alat bagi perawat untuk mempengaruhi tingkah klien dan kemudian untuk mendapatkan keberhasilan dalam intervensi keperawatan. Komunikasi merupakan hubungan itu sendiri, di mana tanpa ini tidak mungkin terjadi hubungan terapeutik perawat - klien.

## 2.2 Konsep Komunikasi Terapeutik.

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang mendorong proses penyembuhan klien (Depkes RI, 1997). Dalam pengertian lain mengatakan bahwa komunikasi terapeutik adalah proses yang digunakan oleh perawat memakai pendekatan yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan pada klien. Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antara perawat dengan klien. Persoalan yang mendasar dari komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan klien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam komunikasi pribadi di antara perawat dan klien, perawat membantu klien menerima bantuan (Purwanto, 1994).

Menurut Stuart dan Sundeen juga Lindberg (dikutip oleh Kelliat, 1996), tujuan hubungai terapeutik diarahkan pada pertumbuhan klien meliputi :

1. Realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan terhadap diri.
2. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri.
3. Kemampuan untuk membina hubungan interpersonal yang intim dan saling tergantung dengan kapasitas untuk mencintai dan dicintai.
4. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistik.

Sedangkan menurut Purwanto, 1994 tujuan komunikasi diuraikan sebagai berikut:

1. Membantu klien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan.

2. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
3. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.

Tujuan terapeutik akan tercapai bila perawat memiliki karakteristik sebagai berikut (Hamid, 1998) :

1. Kesadaran diri.
2. Klarifikasi nilai.
3. Eksplorasi perasaan.
4. Kemampuan untuk menjadi model peran.
5. Motivasi altruistik.
6. Rasa tanggung Jawab dan etik.

### **2.2.1 Komponen Komunikasi Terapeutik**

Model struktural dari komunikasi mengidentifikasi lima komponen fungsional berikut (Hamid, 1998):

1. Pengirim : yang menjadi asal dari pesan.
2. Pesan : suatu unit informasi yang dipindahkan dari pengirim kepada penerima.
3. Penerima : yang mempersepsikan pesan, yang pelakunya dipengaruhi oleh pesan.
4. Umpan balik: respon dari penerima pesan kepada pengirim pesan.
5. Konteks : tatanan di mana komunikasi terjadi.

Jika perawat mengevaluasi proses komunikasi dengan menggunakan lima elemen struktur ini maka masalah-masalah yang spesifik atau kesalahan yang potensial dapat diidentifikasi.

## 2.2.2 Fase Hubungan Komunikasi Terapeutik.

Stuart dan Sundeen (dikutip oleh Keliat, 1992) membagi dalam 4 fase pada proses hubungan perawat-klien yaitu fase pra interaksi, fase pengenalan atau orientasi, fase kerja, dan terminasi. Setiap fase ditandai dengan serangkaian tugas yang perlu diselesaikan.

### 1. Fase pra interaksi.

Pra interaksi mulai sebelum kontak pertama dengan klien. Perawat mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutannya. Sehingga kesadaran dan kesiapan perawat untuk melakukan hubungan dengan klien dapat dipertanggungjawabkan. Tugas tambahan pada fase ini adalah mendapatkan informasi tentang klien dan menentukan kontak pertama.

### 2. Fase pengenalan atau orientasi.

Fase ini dimulai dengan pertemuan dengan klien. Hal utama yang perlu dikaji adalah alasan klien minta pertolongan yang akan mempengaruhi terbinanya hubungan perawat klien. Dalam memulai hubungan, tugas utama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian, komunikasi yang terbuka dan perumusan kontrak dengan klien. Elemen-elemen kontrak perlu diuraikan dengan jelas pada klien sehingga kerja sama perawat-klien dapat optimal.

Tugas perawat dalam hal ini adalah mengeksplorasi pikiran, perasaan, perbuatan klien, dan mengidentifikasi masalah, serta merumuskan tujuan bersama klien.

### 3. Fase kerja.

Pada fase kerja, perawat dan klien mengeksplorasi stresor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, pikiran, perasaan dan perbuatan klien, perawat membantu klien mengatasi

kecemasan, meningkatkan kemandirian, dan tanggung jawab diri sendiri dan mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Perubahan perilaku maladaptif menjadi adaptif merupakan fokus fase ini.

#### 4. Fase terminasi.

Terminasi merupakan fase yang sangat sulit dan penting dari hubungan terapeutik. Rasa percaya dan hubungan intim yang terapeutik sudah terbina dan berada pada tingkat optimal. Keduanya, perawat dan klien akan merasakan kehilangan. Terminasi dapat terjadi pada saat perawat mengakhiri tugas pada unit tertentu atau klien pulang. Apapun alasannya fase terminasi perawat akan menghadapi realitas perpisahan yang tidak dapat diingkari. Klien dan perawat bersama-sama meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan. Perasaan marah, sedih, penolakan perlu dieksplorasi dan diekspresikan.

### 2.2.3 Sikap dalam melakukan Komunikasi Terapeutik.

Egan (dikutip oleh Keliat, 1992) mengidentifikasi lima sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik yang dapat memfasilitasi komunikasi yang terapeutik, yaitu :

1. Berhadapan. Artinya dari posisi ini adalah "*Saya siap untuk anda*".
2. Mempertahankan kontak mata. Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai klien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.
3. Membungkuk ke arah klien. Posisi ini menunjukkan keinginan untuk mengatakan atau mendengar sesuatu.
4. Mempertahankan sikap terbuka, tidak melipat kaki atau tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi.

5. Tetap rileks. Tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberi respon kepada klien.

Selain hal-hal di atas sikap terapeutik juga dapat teridentifikasi melalui perilaku non verbal. Stuart dan Sundeen (1998) mengatakan ada lima kategori komunikasi non verbal, yaitu :

1. Isyarat vokal, yaitu isyarat paralingustik termasuk semua kualitas bicara non verbal misalnya tekanan suara, kualitas suara, tertawa, irama dan kecepatan bicara.
2. Isyarat tindakan, yaitu semua gerakan tubuh termasuk ekspresi wajah dan sikap tubuh.
3. Isyarat obyek, yaitu obyek yang digunakan secara sengaja atau tidak sengaja oleh seseorang seperti pakaian dan benda pribadi lainnya.
4. Ruang memberikan isyarat tentang kedekatan hubungan antara dua orang. Hal ini didasarkan pada norma-norma sosial budaya yang dimiliki.
5. Sentuhan, yaitu fisik antara dua orang dan merupakan komunikasi non verbal yang paling personal. Respon-seseorang terhadap tindakan ini sangat dipengaruhi oleh tatanan dan latar belakang budaya, jenis hubungan, jenis kelamin, usia dan harapan.

#### **2.2.4 Teknik Komunikasi Terapeutik.**

Ada dua persyaratan dasar untuk komunikasi yang efektif (Stuart dan Sundeen, 1998) yaitu :

1. Semua komunikasi harus ditujukan untuk menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan.



2. Komunikasi yang menciptakan saling pengertian harus dilakukan lebih dahulu sebelum memberikan saran, informasi maupun masukan.

Stuart dan Sundeen, (1998) mengidentifikasi teknik komunikasi terapeutik sebagai berikut :

1. Mendengarkan dengan penuh perhatian.

Dalam hal ini perawat berusaha mengerti klien dengan cara mendengarkan apa yang disampaikan klien. Mendengar merupakan dasar utama dalam komunikasi. Dengan mendengar perawat mengetahui perasaan klien. Beri kesempatan lebih banyak pada klien untuk berbicara. Perawat harus menjadi pendengar yang aktif.

Misalnya:

Penderita : "Saya takut sekali bila kematian datang pada saya....."

Perawat : Memandang penderita saat berbicara, tidak menyilangkan kaki dan tangan, anggukkan kepala jika penderita membicarakan hal penting.

2. Menunjukkan penerimaan

Menerima tidak berarti menyetujui, menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan.

Misalnya:

Penderita : "Saya telah melakukan kesalahan".

Perawat : "Saya ingin mendengar itu. Tidak apa-apa jika anda ingin mendiskusikan hal ini pada saya".

### 3. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan.

Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai apa yang disampaikan oleh klien.

Misalnya :

Perawat : "Tadi anda katakan memiliki tiga orang anak, siapa yang anda rasa paling dekat dengan anda?"

### 4. Mengulangi ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri.

Melalui pengulangan kembali kata-kata klien, perawat memberikan umpan balik bahwa perawat mengerti pesan klien dan berharap komunikasi dilanjutkan.

Misalnya :

Penderita : "Saya tidak dapat tidur, sepanjang malam saya terjaga"

Perawat : "Anda mengalami kesulitan tidur....."

### 5. Mengklasifikasi.

Klasifikasi terjadi saat perawat berusaha untuk menjelaskan dalam kata-kata ide atau pikiran yang tidak jelas dikatakan oleh klien.

Misalnya :

Perawat : "Apa yang anda maksud dengan ....."

### 6. Memfokuskan.

Metode ini bertujuan untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga percakapan menjadi lebih spesifik dan dimengerti.

Misalnya :

Perawat : "Hal ini tampaknya penting, man' kita bicarakan lebih dalam lagi" atau apa yang sudah kita sepakati untuk dibicarakan?"

#### 7. Menyatakan hasil observasi.

Dalam hal ini perawat menguraikan kesan yang ditimbulkan oleh isyarat non verbal klien.

Misalnya :

Penderita : "Anda tampak tegang "atau" anda tampak tidak tenang bila anda....."

#### 8. Menawarkan informasi.

Memberikan tambahan informasi merupakan tindakan penyuluhan kesehatan untuk klien yang bertujuan memfasilitasi klien untuk mengambil keputusan.

#### 9. Diam.

Diam akan memberikan kesempatan kepada perawat dan klien untuk mengorganisir. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi dengan dirinya sendiri, mengorganisir pikiran dan memproses informasi.

Misalnya :

Penderita : "Saya marah!"

Perawat : ( diam )

Penderita : "Suami saya tidak perhatian lagi sama saya".

#### 10. Meringkas.

Meringkas pengulangan ide utama yang telah dikomunikasikan secara singkat.

Misalnya :

Perawat : "Selama lima belas menit ini anda dan saya telah membicarakan....."

### 11. Memberi penghargaan.

Penghargaan janganlah sampai menjadi beban untuk klien dalam arti jangan sampai klien berusaha keras dan melakukan segalanya demi untuk mendapatkan pujian dan persetujuan atas perbuatannya.

Misalah :

Perawat : " Anda tampak cocok sekali mengenakan baju coklat ini".

### 12. Memberi kesempatan kepada klien untuk memulai pembicaraan.

Memberi kesempatan kepada klien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan.

Misalnya :

Perawat : "Saya akan menemani anda selama 15 menit".

### 13. Mengajukan untuk meneruskan pembicaraan.

Teknik ini memberikan kesempatan kepada klien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan.

Misalnya :

Perawat : "..... Teruskan....." atau "..... Dan kemudian..... ?

Atau " Coba Ceritakan kepada saya tentang hal tersebut".

### 14. Menempatkan kejadian secara berurutan.

Mengurutkan kejadian secara teratur akan membantu perawat dan klien untuk melihatnya dalam suatu perspektif.

Misalnya :

Perawat : "Apakah yang terjadi sebelum dan sesudah kejadian tersebut?" atau " Kapan kejadian tersebut terjadi?"

15. Memberikan kesempatan kepada klien untuk menguraikan persepsinya apabila perawat ingin mengerti klien, maka perawat harus melihat segala sesuatunya dari perspektif klien.

Misalnya :

Perawat : "Coba ceritakan kepada saya bagaimana saat anda diberitahu diagnosa penyakit anda."

16. Refleksi.

Refleksi memberikan kesempatan kepada klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri.

### **2.2.5 Hambatan Komunikasi Terapeutik.**

Hambatan komunikasi terapeutik dalam hal kemajuan hubungan perawat--klien terdiri dari tiga jenis utama : resistens, transferens, dan kontertransferens (Kelliat, 1998). Ini timbul dari berbagai alasan dan mungkin terjadi dalam bentuk yang berbeda, tetapi semuanya menghambat komunikasi terapeutik. Perawat harus segera mengatasinya. Oleh karena itu hambatan ini menimbulkan perasaan tegang baik bagi perawat maupun bagi klien.

1. Resisten.

Resisten adalah upaya klien untuk tetap tidak menyadari aspek penyebab ansietas yang dialaminya. Resisten merupakan keengganan alamiah atau penghindaran verbalisasi yang dipelajari atau mengalami peristiwa yang menimbulkan masalah aspek diri seseorang. Resisten sering merupakan akibat dari ketidaksediaan klien untuk berubah ketika kebutuhan untuk berubah telah dirasakan. Perilaku resistens biasanya diperlihatkan oleh klien selama fase kerja, karena fase ini sangat banyak berisi proses penyelesaian masalah.

## 2. Transferens.

Transferens adalah respon tidak sadar dimana klien mengalami perasaan dan sikap terhadap perawat yang pada dasarnya terkait dengan tokoh dalam kehidupannya di masa lalu. Sifat yang paling menonjol adalah ketidaktepatan respon klien dalam intensitas dan penggunaan mekanisme pertahanan pengisaran (displacement) yang maladaptif. Ada dua jenis utama reaksi bermusuhan dan tergantung.

## 3. Kontertransferens.

Yaitu kebuntuan terapeutik yang dibuat oleh perawat bukan oleh klien. Kontertransferens merujuk pada respon emosional spesifik oleh perawat terhadap klien yang tidak tepat dalam isi maupun konteks hubungan terapeutik atau ketidaktepatan dalam intensitas emosi. Reaksi ini biasanya berbentuk salah satu dari tiga jenis reaksi sangat mencintai, reaksi sangat bermusuhan atau membenci dan reaksi sangat cemas sering kali digunakan sebagai respon terhadap resisten klien.

### **2.2.6 Mengatasi Hambatan Komunikasi Terapeutik.**

Untuk mengatasi hambatan komunikasi terapeutik, perawat harus siap untuk mengungkapkan perasaan emosional yang sangat kuat dalam konteks hubungan perawat-klien (Hamid, 1998). Awalnya, perawat harus mempunyai pengetahuan tentang hambatan komunikasi terapeutik dan mengenali perilaku yang menunjukkan adanya hambatan tersebut. Latar belakang perilaku digali baik klien atau perawat bertanggung jawab terhadap hambatan terapeutik dan dampak negative pada proses terapeutik.

## **2.3 Konsep Dasar Stres**

### **2.3.1 Definisi Stres**

Stres adalah suatu keadaan yang dihasilkan oleh perubahan lingkungan yang diterima sebagai suatu hasil yang menantang, mengancam atau merusak keseimbangan dinamis seseorang (Brunner & Suddarth, 1987).

Stres adalah kondisi yang timbul ketika Transaksi (interaksi yang berkesinambungan) manusia dan lingkungan menyebabkan individu mengalami ketidaksesuaian baik secara nyata atau tidak nyata antara permintaan (*demand*) dari situasi dan kemampuan atau resources dari sistem biologi, psikologi dan sosial manusia tersebut (Sarafino, 1998).

### **2.3.2 Stresor**

Stresor dapat didefinisikan sebagai kejadian, kondisi, situasi dan atau kunci internal atau eksternal, yang berpotensi untuk membawa atau mengaktifkan reaksi fisik dan psikososial yang bermakna (Werner, 1993).

### **2.3.3 Jenis Stresor**

Stresor dapat terjadi dengan berbagai bentuk dan kategori. Dapat bersifat fisik, psikologis dan psikososial. Stresor fisik dapat berupa suhu dingin, panas atau agen kimia; stresor psikologis dapat terjadi akibat reaksi emosi, seperti takut dalam menghadapi penyakit; stress fisiologis meliputi nyeri dan kelelahan dan stres psikososial digambarkan oleh Erickson terjadi dalam siklus hidup pengalaman manusia.

### 2.3.4 Penilaian dan Koping

#### 1) Sumber - sumber Pribadi

Penilaian dan koping dipengaruhi oleh karakter internal seseorang. Multi kesehatan dan energi, begitu juga sistem kepercayaan seseorang termasuk kepercayaan esensial (iman, kepercayaan, agama), komitmen atau tujuan hidup (properti motivasional), dan perasaan seseorang seperti harga diri, kontrol dan kemahiran. Meliputi juga pengetahuan, ketrampilan berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain.

#### 2) Sumber - sumber Eksternal

Sumber - sumber eksternal dapat berasal dan dukungan sosial. Dimana dukungan itu diartikan sebagai sumber daya eksternal utama. Cobb (1976) mendefinisikan dukungan sosial sebagai rasa memiliki informasi terhadap seseorang atau lebih dengan tiga kategori. Kategori pertama membuat orang percaya bahwa dirinya diperhatikan atau dicintai. Sering muncul dalam hubungan antara dua orang di mana kepercayaan mutual dan keterikatan diekspresikan dengan hubungan perkawinan. Kategori informasi kedua menyebabkan seseorang merasa bahwa dirinya dianggap atau dihargai. Disebut sebagai dukungan harga diri. Kategori informasi ketiga membuat seseorang merasa bahwa dirinya merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan saling ketergantungan.

#### 3) Sumber Materil

Sumber material adalah sumber dukungan eksternal lain dan meliputi barang dan jasa yang dapat dibeli. Mengatasi keterbatasan masalah lingkungan akan lebih mudah bagi individu yang mempunyai sumber finansial yang memadai



karena perasaan ketidakberdayaan terhadap ancaman menjadi berkurang (Brunner & Suddarth, 2002)

#### 4) Strategi Koping

Beradaptasi terhadap penyakit memerlukan strategi, tergantung ketrampilan koping yang bisa digunakan dalam menghadapi situasi sulit. Mous (1984,) menguraikan tujuh kategori ketrampilan koping : Menyangkal, mencari informasi, menerima dukungan emosional, pembelajaran merawat diri, menetapkan tujuan terbatas yang konkrit, mengulang hasil alternatif, dan pencarian makna dalam suatu penyakit (Brunner & Suddarth, 2002).

##### (1) Menyangkal

Meliputi penolakan untuk menerima atau menghargai keseriusan penyakit. Sebagai ketrampilan koping, menyangkal meminimalkan masalah akan membantu memelihara keseimbangan psikologis. Dapat berbahaya apabila mengarah pada perilaku menghindar seperti tidak menepati janji atau menolak menjalankan pengobatan yang telah ditentukan.

##### (2) Mencari Informasi

Ketrampilan koping dalam mencari informasi mencakup (1) pengumpulan informasi yang berkaitan yang dapat menghilangkan ansietas yang disebabkan oleh salah konsepsi dan ketidakpastian, dan (2) menggunakan sumber intelektual secara efektif. Pasien dan keluarganya sering merasa terhibur oleh informasi mengenai penyakit, pengobatannya, dan perjalanan penyakit yang diperkirakan terjadi. Kepedulian ini akan memberikan suatu kerangka untuk menyusun rencana dan melakukan tindakan yang efektif.

(3) Meminta dukungan emosional

Ketrampilan koping yang bermakna adalah dapat meraih bantuan dari orang lain, sehingga akan memelihara harapan melalui dukungan. Dukungan dapat diperoleh dengan cara berbicara dengan orang lain yang mengalami kondisi serupa.

(4) Pembelajaran perawatan diri

Belajar merawat diri sendiri menunjukkan kemampuan dan efektivitas seseorang. Orang dapat belajar merawat diri sendiri bahkan setelah terjadinya bencana penyakit dan cedera. Penyuluhan pasien merupakan elemen yang penting untuk meningkatkan perawatan diri.

(5) Menetapkan tujuan konkrit, terbatas

Membagi tugas – tugas menjadi tujuan yang lebih kecil dan dapat ditangani akhirnya akan mengarah pada keberhasilan. Dengan cara ini motivasi tetap dijaga dan perasaan ketidakberdayaan dikurangi. Pasien akan mampu mengambil tindakan yang efektif dan bukannya cemas.

(6) Mengulang alternatif

Bila terdapat beberapa pilihan pengobatan, mendiskusikan alternatif merupakan bagian penting dari penentuan diri. Profesional kesehatan tidak selalu tahu mana yang baik. Mereka dapat memberi informasi didasarkan pada pengetahuan dan pengalaman masa lalu, keputusan akhir tetap ada di tangan pasien dan keluarganya.

### (7) Menemukan makna dari penyakit

Penyakit merupakan satu pengalaman manusia. Penderita penyakit serius yang sudah sembuh, mereka mengalami perubahan dalam nilai dan prioritas, perhatian terhadap orang lain lebih besar.

### **2.3.5 Respon Psikofisiologis Terhadap Stress**

Salah seorang peneliti utama tentang respon stress, Selye menguraikan sindrom adaptasi umum yang terdiri atas tiga tahap proses berespon terhadap stres. Tahapan ini adalah:

#### 1) Reaksi alarm

Respon langsung terhadap stresor yang belum disingkirkan. Mekanisme respon adrenokortikal digerakkan, menyebabkan perilaku yang berkaitan dengan respons menyerang atau menghindar (*fight-or-flight*).

#### 2) Tahap resistens

Pada tahap ini terjadi resistens terhadap stresor. Tubuh beradaptasi pada tingkat fungsi yang rendah, memerlukan energi yang lebih besar dari biasanya untuk dapat bertahan hidup.

#### 3) Tahap kehabisan tenaga

Mekanisme adaptif menjadi melemah dan gagal. Akibat negatif dari stresor menyebar ke seluruh organisme. Apabila stresor tidak dihilangkan atau dilawan dapat terjadi kematian.

## **2.4 Respons Konsep Diri**

### **2.4.1 Konsep Diri**

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam

berhubungan dengan orang lain ( Stuart & Sundeen, 1991 ). Konsep diri terdiri dari lima komponen yaitu :

1. Gambaran diri.

Gambaran diri adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar ( Stuart & Sundeen, 1991 ). Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan, dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu.

2. Ideal Diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku sesuai dengan standar pribadi ( Stuart & Sundeen, 1991 ). Standar dapat berhubungan dengan tipe orang yang diinginkannya atau sejumlah aspirasi, cita-cita, nilai yang ingin dicapai.

3. Harga Diri

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri ( Stuart & Sundeen, 1991 ).

4. Pesan

Pesan adalah pola sikap, perilaku, nilai, dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat ( Beck, dkk, 1984 ).

5. Identitas

Identitas adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian, yang merupakan sintesa dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh ( Stuart & Sundeen, 1991 ).



4. Depresi. Pada fase ini individu berada dalam suasana berkabung karena kehilangan merupakan keadaan yang nyata. Tahap ini individu tidak banyak bicara dan mungkin sering menangis.
5. Menerima (*acceptance*). Individu menerima kenyataan, misalnya : "Ya, akhirnya saya harus operasi", " apa yang harus saya lakukan", rasa tanggung jawab mulai timbul dan usaha untuk pemulihan dapat lebih optimal.

## **2.5 Konsep Dasar Kanker Serviks**

### **2.5.1 Pengertian**

Kanker serviks adalah pertumbuhan sel yang merusak sel itu sendiri dan jaringan sekitarnya, dimana pembelahan sel berlanjut dan tak terkendalikan yang terjadi di Serviks (Sudoko, 1997).

### **2.5.2 Penyebab Kanker Serviks**

Penyebab pasti belum ditemukan. Tetapi rangsangan apapun bentuknya, dan dari manapun asalnya, kepada epitel transformasi yang berlangsung lama dapat menyebabkan metaplasia atau displasia pada tempat tersebut. Metaplasia itu merupakan perubahan susunan atau penggantian sel oleh sel - sel yang masih teratur dan dapat tinggal lama atau berubah menjadi displasia. Displasia itu merupakan kelainan pertumbuhan sel, sehingga timbul perubahan bentuk, menjadikan susunan atau penggantian sel menjadi tidak teratur. Displasia ini dapat sembuh, dan dapat menetap atau tumbuh berlanjut menjadi kanker. (Sudoko, 1997).

## 1. Faktor Etiologi

Karena Kanker Serviks dan Pra Kanker adalah berasal dari kelamin. Maka beberapa faktor yang ditularkan melalui hubungan seksual dapat terlibat dalam proses inisiasi neoplastik. Ada tiga faktor yang perlu mendapat perhatian yaitu : Smegma, infeksi virus dan Spermatozoa (Aziz, 2000):

### 1) Smegma

Sel deskuamasi dan sekresi sebaceous dibawah preputim pada pria yang tidak disunat, dahulu dianggap sebagai faktor etiologi Kanker Serviks. Tetapi sekarang baik secara laboratorium maupun epidemiologi tidak terbukti.

### 2) Virus

*Human Pappiloma Virus* (HPV) adalah DNA Virus yang menimbulkan proliferasi pada permukaan epidermal dan mukosa infeksi virus Pappiloma sering terdapat pada wanita yang aktif secara seksual. Dari pemeriksaan laboratorium terbukti bahwa lebih 90% Kondiloma Serviks. Semua Neoplasma Intra epitel Serviks dan Ca Serviks mengandung DNA HPV. Hubungan erat setiap tipe HPV mempunyai hubungan patologik yang berbeda.

HPV6, 11, 42, 43, dan 44 jarang ditemukan pada neoplasma, sedangkan tipe 16, 18, 31, 33, 45, 54, 52, 56 dan 58 sering ditemukan kepada kanker dan lesi pra kanker. Pada kultur sel, maka sel keratinosit manusia hidup terus bila dilakukan transfusi dengan DNA HPV Onkogenik dan sel - sel ini akan terus tumbuh pada tikus dan menunjukkan pola histologis yang sesuai dengan NtS 3, karena itu sekarang ada bukti yang memperkirakan kebanyakan NIS diawali oleh infeksi HPV Onkogenik.

DNA Virus dapat berintegrasi dengan genom sel serviks, menyebabkan terjadinya kemungkinan mutasi, dan bila terjadi mutasi gen p 53, suatu gen yang menekan proses pertumbuhan neoplasma, maka fungsinya menjadi terganggu.

Dari pemeriksaan DNA Ploidi, ternyata diploidi banyak ditemukan pada kondiloma, poliploidi pada NIS 1 dan aneuploidi pada NIS II - III. Ada hubungan DNA ploidi dengan progresivitas yaitu diploid / polidiploid regresi sebanyak 91%, sedangkan pada aneuploid regresi hanya 7% sedang progresif dan persisten masing - masing 12% dan 81 %.

Berdasarkan ini semua, maka dapat disimpulkan bahwa HPV bukan satu-satunya penyebab NIS atau KIS.

### 3) Spermatozoa

Sel Skuamosa metaplasmatik dapat memfagosit sisa-sisa sperma dan menghubungkannya dengan inti sel. Permukaan sel Stroma dan subepitel terdiri dari jalinan DNA yang berhubungan dengan inti sel (nucleus), sehingga dapat mengontrol Sintesis Protein dasar yang terdapat pada kepala sperma dan permukaan Virus. Protein dasar ini terutama adalah arginin, protamin dan histon.

## 2. Faktor Resiko

Karsinoma serviks Skuamosa merupakan tingkat akhir dan NIS, berkembang dari displasia ke karsinoma in-situ dan kanker invasiv. Dengan demikian faktor resiko kanker serviks adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan inisiatik transformasi atipik (abnormal) yang terletak diantara sambungan skuamosa kolumner serviks yang asli dan baru berbentuk akibat metaplasia sel sekunder menjadi skuamosa.



Faktor tersebut adalah terutama berhubungan dengan riwayat seksual dan lainnya adalah kontrasepsi, paritas, diet/nutrisi, rokok dll.

#### 1) Perilaku Seksual

Dari studi epidemiologi kanker serviks skuamosa berhubungan kuat dengan perilaku seksual multiple mitra seks dan usia saat melakukan hubungan seks yang pertama. Resiko meningkat lebih dari 10 kali bila mitra seks 6 atau lebih atau bila ia berhubungan seks pertama dibawah umur 15 tahun, juga resiko meningkat bila ia berhubungan dengan pria beresiko tinggi atau mengidap kondiloma akuminta. Pria beresiko tinggi adalah pria yang melakukan hubungan seks dengan multiple mitra seks.

#### 2) Merokok

Tembakau mengandung bahan-bahan karsinogen baik yang dihisap sebagai rokok/sigaret atau dikunyah. Asap rokok menghasilkan polycyclic aromatic hydrocarbon heterocyclic amine yang sangat karsinogen dan mutagen.

Bahan yang berasal dari tembakau yang dihisap terdapat di getah serviks wanita perokok dan dapat menjadi karsinogen serviks.

#### 3) Kontrasepsi

Kondom dan diafragma dapat memberi perlindungan. Kontrasepsi oral yang dipakai dalam jangka panjang yaitu lebih dari 4 tahun dapat meningkatkan resiko 1,5 - 2,5 kali.

#### 4) Nutrisi

Banyak sayuran dan buah - buahan mengandung antioksidant dan berkhasiat mencegah kanker. Misal: Advokat, broccoli, kol, wortel, jeruk, anggur, bawang, bayam, tomat. Dari beberapa penelitian ternyata *defisiensi* terhadap asam

folat (folat acid) Vit C, Vit E, betakaroten / retinol dihubungkan dengan peningkatan resiko kanker serviks.

Vit E, C dan betakaroten mempunyai antioksidant yang kuat. Anti oksidant dapat melindungi DNA IRNA terhadap pengaruh buruk dari radikal bebas akibat oksidasi. Karsinogen bahan kimia Vit E terdapat dalam minyak nabati (kedele, jagung, biji - bijian, dan kacang - kacangan). Vit C banyak terdapat pada sayuran dan buah - buahan.

### 3. Faktor - faktor yang menyebabkan keganasan mulut rahim

Beberapa faktor yang menyebabkan kanker serviks menurut Sudoko,1997:

- (1) Umur pertama kali melakukan hubungan seksual. Semakin muda wanita melakukan hubungan seksual semakin besar resiko mendapat kanker serviks. Kawin pada usia 20 tahun dianggap terlalu muda.
- (2) Pasangan seksual yang berganti – ganti, a.l Kaum tunasusila.
- (3) Jumlah kelahiran dengan jarak pendek dan terlalu sering.
- (4) Paling banyak terjadi pada usia diatas 40 tahun
- (5) Perlukaan mulut rahim yang tidak mendapatkan pengobatan yang tepat
- (6) Infeksi virus
- (7) Makin banyak dijumpai pada mereka dengan kondisi sosial ekonomi rendah
- (8) Hygiene hubungan seksual kurang sehat

### 2.43 Gejala Klinis Kanker Serviks

Menurut Manuaba (1998). Gejala kanker serviks adalah tidak khas, terutama pada stadium dini sering hanya sebagian Fluor Albus dengan sedikit darah, perdarahan post coital, atau perdarahan per vagina yang disangka hanya sebagai perpanjangan waktu haid. Pada stadium lanjut baru tanda - tanda yang

lebih khas, baik berupa perdarahan yang hebat, fluor albus yang berbau dan rasa sakit yang hebat.

#### 2.4.4 Pemeriksaan Diagnostik

Skrining dengan *Smear Papanicoloau* (Pap Smear) harus mulai dilakukan pada wanita usia 18 tahun atau ketika telah melakukan aktivitas seksual sebelum itu (menikah misalnya). Setelah tiga kali hasil pemeriksaan tahunan negative, wanita ini selanjutnya harus melakukan pemeriksaan Pap Smear setiap tiga kali sampai usia 65 tahun.

Ketika ditemukan displasia, atau karsinoma insitu, harus dilakukan kolposkopi. Alat ini memberikan satu gambaran pembesaran dari serviks dan daerah abnormal yang mungkin langsung dapat dibiopsi. Kuretase endoserviks dilakukan jika daerah jaring abnormal tidak terlihat. Biopsi kerucut mengambil tonjolan serviks yang lebih besar untuk penelitian apakah ada atau tidak kanker invasive. Pemeriksaan ini juga direkomendasikan untuk mengevaluasi kandung kemih dan rektun yang meliputi sistoskopi, *pielokram intra vena (IVP)*, enema barium, dan sigmoskopi. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* atau Scan CT abdomen/pelvis digunakan untuk menilai penyebaran lokal dari tumor dan / atau terkenanya nodus limfa regional (Gale & Charette, 2000).

### 2.4.5 Pembagian Tingkat Keganasan Kanker Serviks

Menurut FIGO (1978) pembagian kanker serviks adalah sebagai berikut:

Stadium	Interpretasi
0	: Karsinoma In Situ.
I	: Karsinoma terbatas pada serviks uteri I
la	: Karsinoma Mikroinvasif, tanpa gejala klinik.
I b	: Karsinoma terbatas pada uteri dengan gejala klinik.
II	: Karsinoma tumbuh meluas sampai keluar serviks ke vagina, tapi belum mencapai 1/3 distal vagina atau dinding pelvis.
II a	: Para metrium tidak jelas terlibat.
II b	: Para metrium jelas terlibat.
III	: Karsinoma meluas pada dinding pelvis pada palpasi rektum, antara massa tumor dan dinding pelvis tidak ada ruangan yang bebas karsinoma. Karsinoma meluas pada 1/3 distal vagina.
	: Karsinoma meluas sampai dinding kantong kemih atau rektum dan metastasis pada kemih atau rektum dan metastasis pada organ jauh.
IV	

### 2.4.6 Cara pengobatan dan penanganan Kanker Serviks

1. Pembedahan
2. Sinar X (Radioterapi)
3. Kemoterapi
4. Hormonoterapi
5. Imunoterapi
6. Kombinasi dan cara- cara di atas (Sudoko, 1997)

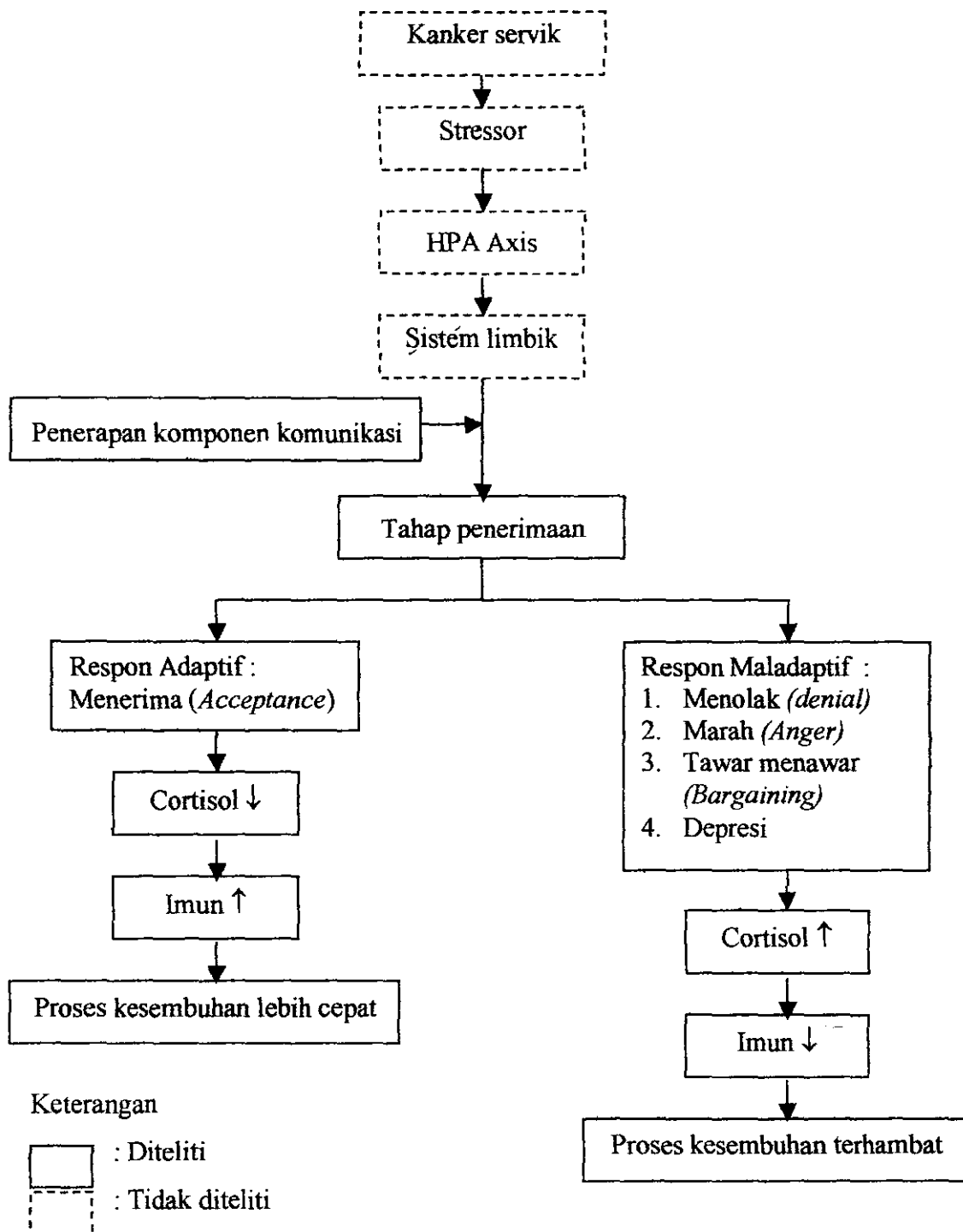
## **BAB 3**

# **KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

### BAB 3

## KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

### 3.1 Kerangka konseptual



Gambar 3.1. Kerangka konseptual hubungan penerapan komponen komunikasi perawat dengan tahap penerimaan pada penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

### 3.2 Hipotesis Penelitian

$H_1$  : Ada hubungan antara penerapan komponen komunikasi perawat dengan tahap penerimaan penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

$H_0$  : Tidak ada hubungan antara penerapan komponen komunikasi perawat dengan tahap penerimaan penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

## **BAB 4**

# **METODE PENELITIAN**



## BAB 4

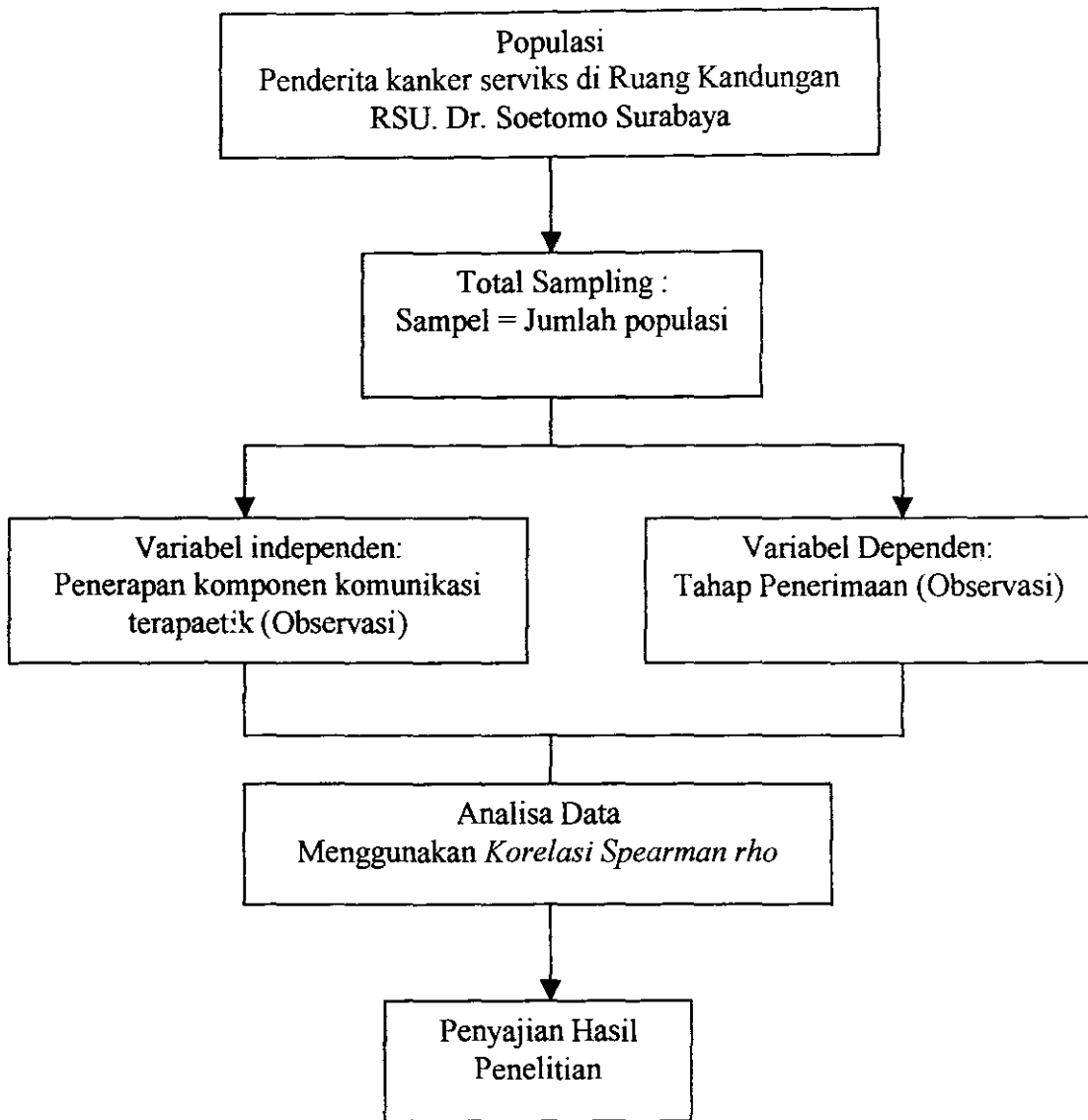
### METODE PENELITIAN

Metodologi penelitian adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan (Nursalam, 2003). Pada bab ini akan disajikan: Desain Penelitian, Kerangka Kerja (*frame work*), *Populasi*, Sampel dan Sampling, Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Pengumpulan dan Analisa Data, Etik Penelitian, dan Keterbatasan.

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *relationship* yang dilaksanakan untuk mengembagkan hubungan antar variabel dan menjelaskan hubungan yang ditemukan. Sedangkan desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali, pada satu saat.

## 4.2 Kerangka Kerja



### **4.3 Populasi, Sampel dan Sampling**

#### **4.3.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti. (Notoadmodjo, 2002). Pada penelitian ini sebagai populasi adalah penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

#### **4.3.2 Sampel**

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan sampling tertentu untuk bisa memenuhi atau mewakili populasi (Nursalam, 2003). Sampel yang dipakai dalam penelitian ini adalah seluruh populasi yaitu penderita kanker serviks yang memenuhi kriteria inklusi.

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi untuk menentukan responden adalah sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi

- 1) Penderita kanker serviks
- 2) Tidak sedang mengalami gangguan jiwa
- 3) Bersedia untuk diteliti

2. Kriteria eksklusi:

- 1) Tidak bersedia menjadi responden
- 2) Sedang mengalami gangguan jiwa

#### **4.3.3 Sampling**

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2003). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah total sampling atau sampling jenuh. Sampling jenuh adalah teknik penentuan sampel dengan menjadikan semua

anggota populasi sebagai sampel. Setiap anggota populasi yang memenuhi kriteria inklusi menjadi sampel dalam penelitian ini.

#### **4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**

##### **4.4.1 Variabel Penelitian**

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Nursalam, 2003).

##### **4.4.1.1 Variabel Independen**

Variabel independen (bebas) adalah : variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel independen. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel lain (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini sebagai variabel independen penerapan komunikasi perawat pada penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

##### **4.4.2 Variabel Dependen (Tergantung)**

Variabel Dependen adalah variable yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Dengan kata lain variable dependent adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengganti dari variabel bebas (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini sebagai variabel dependen respon psikologis penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

#### 4.5 Defnisi Operasional

Tabel 4.1 Defnisi operasional Hubungan Penerapan Komunikasi dengan respon psikologis pada penderita kanker serviks. (Hamid, 1998)

No	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Instrumen	Skala	Kriteria
1	Independen Penerapan komponen komunikasi terapeutik	Elemen yang harus ada pada proses komunikasi adalah pengirim pesan, penerima pesan, pesan, umpan balik dan konteks	Melaksanakan komunikasi terhadap klien kanker serviks meliputi fase : 1. Pra interaksi 2. Perkenalan dan orientasi 3. Fase terminasi	Observasi	Ordinal	Score : Dilaksanakan : 2 Tidak : 1  Nilai : 76-100% : baik 50-75 % : cukup > 50 % : kurang
	Dependen : tahap penerimaan	Tahap-tahap respon emosi terhadap penyakit kronis akibat dididagnosis kanker serviks 5 komponen konsep diri yaitu : 1. Gambaran diri 2. Ideal diri 3. Harga diri 4. Peran 5. Identitas diri	6. Menolak 1) Tidak percaya terhadap penyakit yang diderita 2) Tidak dapat menentukan tindakan 3) Menyalahkan hasil pemeriksaan medis 4) Mencari tempat pemeriksaan lain 5) Merahasiakan penyakit kepada orang lain 6) Malu kepada orang lain 7) Bersikap seolah-olah tidak terjadi apa-apa 7. Marah 1) Menyalahkan orang lain	Kuesioner	Ordinal	Score : 1. Selalu 2. Sering 3. Kadang-kadang 4. Tidak pernah

- |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  | <ol style="list-style-type: none"><li>2) Menyalahkan Tuhan</li><li>3) Mudah marah dan tersinggung</li><li>3. Tawar menawar<br/>Berpikir berandai-andai</li><li>4. Depresi<ol style="list-style-type: none"><li>1) Merasa terpukul dengan penyakitnya</li><li>2) Malas berhubungan dengan orang lain</li><li>3) Merasa tidak berdaya</li><li>4) Sedih dan menangis</li><li>5) Merasa gagal dalam hidup</li><li>6) Malas untuk beraktifitas</li><li>7) Sering putus asa dalam berobat</li></ol></li><li>5. Menerima<ol style="list-style-type: none"><li>1) Menyerahkan sepenuhnya kepada dokter/ perawat dalam pengobatan</li><li>2) Bersemangat untuk keperluan pengobatan</li><li>3) Meminta penjelasan mengenai penyakit</li><li>4) Berpikir penyakit adalah kehendak Tuhan</li></ol></li></ol> |  |  |
|--|--|--|---|--|--|

## 4.6 Pengumpulan dan Analisa Data

### 4.6.1 Instrumen

Sebagai instrumen untuk pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan observasi data penerapan komponen komunikasi dan data tahap penerimaan penderita kanker serviks.

### 4.6.2 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

### 4.6.3 Prosedur Penelitian

Sebelum dilakukan observasi kepada responden menyatakan bersedia diteliti yang dinyatakan dengan *inform consent*. Demikian juga dengan penerapan komponen komunikasi. Peneliti memberikan lembar observasi kepada klien mengenai penerapan komponen komunikasi perawat.

### 4.6.4 Cara Analisis Data

Berdasarkan pada kuesioner yang telah diisi responden, selanjutnya dilakukan tabulasi dan analisa data dengan menggunakan uji statistik *korelasi Spearman rho* yaitu uji statistik menguji hubungan antara dua variabel atau lebih yang diteliti.

*Spearman rho* yaitu uji statistik menguji hubungan antara dua variabel atau lebih yang diteliti.

Tahap - tahap analisa data tersebut antara lain:

1. Editing yaitu melihat apakah data yang sudah terisi lengkap atau kurang lengkap

2. *Coding* yaitu mengklasifikasikan jawaban dari responden menurut macamnya dengan memberi kode pada masing-masing jawaban menurut item pada kuesioner.
3. Analisa statistik hasil jawaban atas pertanyaan kuesioner diskoring dan kemudian dilakukan perbandingan nilai antara dua variabel dengan uji *korelasi Spearman rho* dengan tingkat signifikansi  $p < 0.05$  bila hasil perhitungan  $p < 0.05$  berarti  $H_0$  ditolak dan hipotesis diterima yaitu ada hubungan antara penerapan komponen komunikasi terapeutik dengan tahap penerimaan penderita kanker serviks.

#### **4.7 Etik Penelitian**

Dalam melaksanakan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin dari direktur RSUD Dr. Soetomo untuk mendapatkan persetujuan, kemudian kuesioner diberikan kepada responden yang akan diteliti dengan menekankan masalah etik yang meliputi.

##### **4.7.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden**

Lembar persetujuan sebagai peserta diberikan pada saat pengumpulan data. Tujuannya adalah agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang akan terjadi selama penelitian. Jika responden bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden menolak untuk diikutkan dalam penelitian ini, peneliti tidak akan memaksa dan tetap akan menghormati hak-hak subyek



#### 4.7.2 *Anonimity* ( tanpa nama )

Kerahasiaan terhadap responden yang dijadikan sampel dalam penelitian ini menjadi prioritas dengan cara tidak akan menyebut namanya dalam pengisian data demografi, dalam kuesioner maupun dalam lapangan penelitian dan penamaan hanya dengan menggunakan kode.

#### 4.7.3 *C'onfidentialiry* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerahasiaanya oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil riset hanya terbatas pada kelompok data tertentu yang terkait dengan masalah peneliti.

#### 4.7.4 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian yang terdiri :

1. Sampel yang diambil hanya terbatas pada penderita kanker serviks yang dirawat di ruang kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Pengumpulan data dengan kuesioner memiliki jawaban lebih banyak dipengaruhi oleh harapan-harapan pribadi yang bersifat subyektif, sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif

## **BAB 5**

# **HASIL DAN PEMBAHASAN**

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan hasil pengumpulan data dari kuesioner dan observasi yang diperoleh sejak tanggal 21-22 Februari 2005 pada penderita kanker serviks yang dirawat di perawat yang bekerja di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya Hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik demografi responden yang meliputi pendidikan, umur, status perkawinan, pekerjaan, jumlah anak, riwayat penyakit kanker dalam keluarga dan jumlah pernikahan. Sedangkan data variabel penelitian meliputi data tentang penerapan komponen-komponen komunikasi perawat, tahap penerimaan pada penderita kanker serviks, dan hubungan antara penerapan komponen-komponen komunikasi perawat dengan tahap penerimaan penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD. Dr. Soetomo Surabaya adalah merupakan rumah sakit Tipe A yang berada di Jl. Prof. Dr. Moestopo 6-8 Surabaya dan menjadi rumah sakit rujukan, terutama di Bagian Timur Indonesia. Kapasitas tempat tidur sebanyak 1.527 buah dan berdiri diatas tanah seluas 163.875 m<sup>2</sup>.

Ruang Kandungan yang merupakan salah satu ruang rawat inap adalah ruang perawatan penyakit yang berhubungan dengan penyakit kandungan. Beberapa penyakit terbanyak yang dirawat di ruang ini antara lain kanker serviks, kanker ovarium, myoma uteri, mola hidatidosa.

Jumlah perawat saat ini sebanyak 23 orang dengan pendidikan Akademi Perawat 9 orang, Akademi Kebidanan 2 orang, Pendidikan Bidan 2 orang dan SPK 10 orang.

Jumlah tempat tidur 65 tempat tidur terdiri dari kelas I, kelas II dan Kelas III, dan BOR rata-rata pada tahun 2004 sebesar 85%.

### 5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

#### 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya umur dikelompokkan menjadi 4 kelompok seperti yang tampak pada diagram 5.1 di bawah ini:

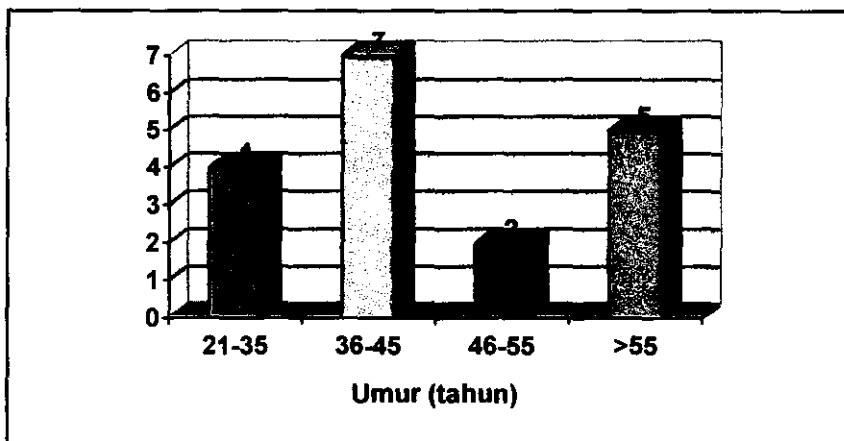


Diagram 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan Februari 2005.

Berdasarkan diagram 5.1 di atas diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini berumur 36 - 45 tahun sebanyak 7 orang (38,9%), dan yang terkecil berumur 46 - 55 tahun sebanyak 2 orang (11,1%).

Dari data di atas menunjukkan bahwa usia terbanyak penderita kanker serviks adalah pada usia pre menopause.

## 2. Distribusi responden berdasarkan pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya pendidikan dikelompokkan menjadi 4 kategori seperti yang tampak pada diagram 5.2 di bawah ini:

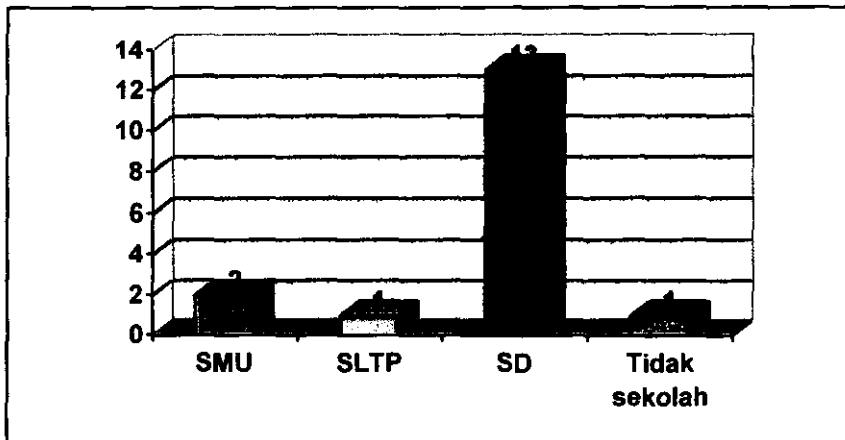


Diagram 5.2 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan Februari 2005.

Berdasarkan diagram 5.2 di atas diketahui sebagian besar responden berpendidikan SD sebanyak 13 orang (72,2 %) dan paling sedikit SLTP dan tidak sekolah masing-masing sebanyak 1 orang (5,6%).

Dari data di atas diketahui bahwa faktor pendidikan yang rendah berperan dalam fase respon psikologis penderita kanker serviks.

### 3. Distribusi responden berdasarkan status perkawinan

Status perkawinan merupakan salah satu faktor yang terlibat dalam etiologi kanker. Hal ini berkaitan dengan hubungan seksual yang dapat terlibat dalam proses inisiasi neoplasmatik, terdiri dari tiga faktor yaitu : Smegma, infeksi virus dan spermatozoa. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya diperoleh data seperti pada diagram 5.3 di bawah ini:

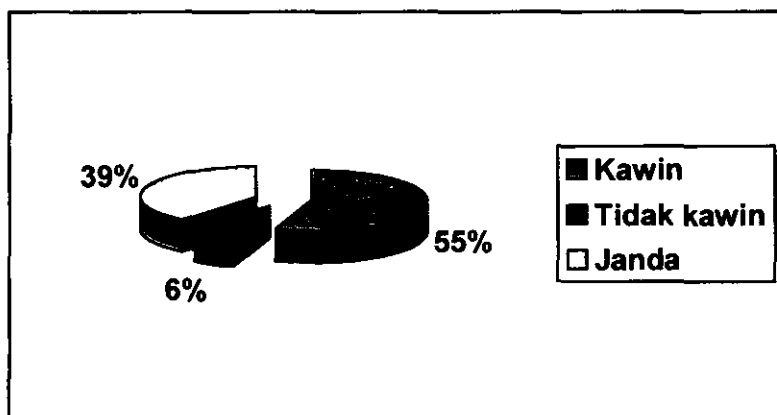


Diagram 5.3 Distribusi responden berdasarkan status perkawinan di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan Februari 2005.

Berdasarkan diagram 5.3 diatas diketahui status perkawinan responden sebagian besar kawin sebanyak 10 (55%), janda sebanyak 7 orang (39%) dan tidak kawin sebanyak 1 orang (6%).

### 4. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan

Pekerjaan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi status kesehatan penderita kanker serviks karena berkaitan dengan kemampuan ekonomi dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya didapatkan data pekerjaan seperti yang tampak pada diagram 5.4 di bawah ini :

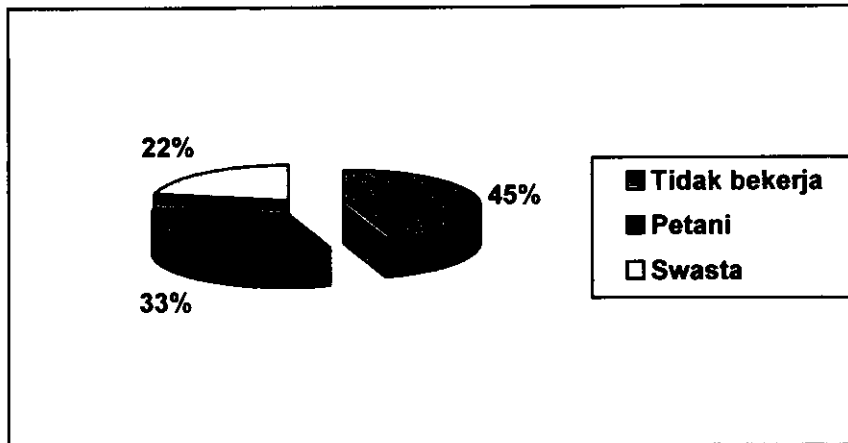


Diagram 5.4 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan Februari 2005

Diagram 5.4 menunjukkan distribusi responden berdasarkan pekerjaan diketahui bahwa sebagian besar tidak bekerja sebanyak 8 orang (45%) dan sebagian lain petani sebanyak 6 orang (33%).

#### 5. Distribusi responden berdasarkan jumlah anak

Jumlah anak merupakan salah satu faktor resiko terjadi kanker serviks. Hal ini berkaitan dengan jumlah kelahiran dengan jarak pendek dan terlalu sering. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya didapatkan jumlah anak seperti yang tampak pada diagram 5.5:

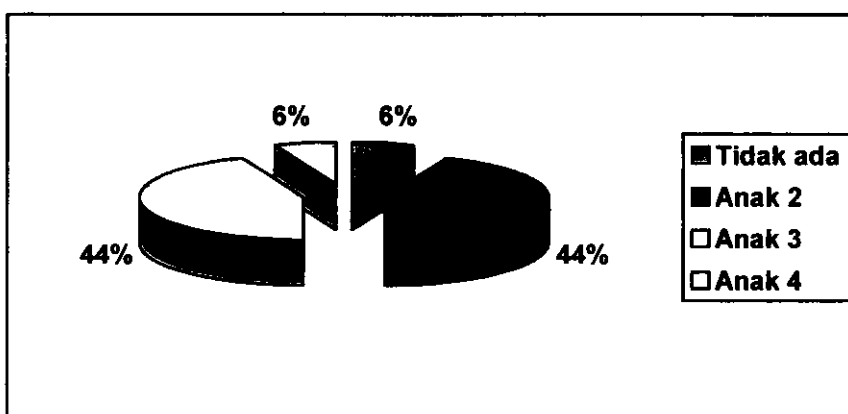


Diagram 5.6 Distribusi responden berdasarkan jumlah anak di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan Februari 2005

Diagram 5.6 menunjukkan bahwa terdapat masing-masing 8 orang (44%) responden yang mempunyai 3 anak dan 2 anak. Sebagian kecil mempunyai anak 4 dan tidak mempunyai anak masing-masing 1 orang (6%).

#### 6. Distribusi responden berdasarkan riwayat kanker dalam keluarga

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya didapatkan riwayat keluarga dengan kanker seperti yang tampak pada diagram 5.7 berikut:

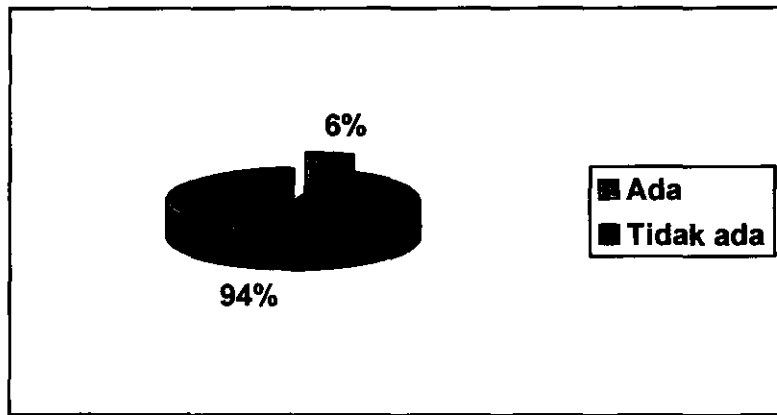


Diagram 5.7 Distribusi responden berdasarkan riwayat kanker dalam keluarga pada penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan Februari 2005

Diagram 5.7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak mempunyai riwayat kanker dalam keluarga sebanyak 17 orang (94%) dan sebagian kecil mempunyai riwayat kanker sebanyak 1 orang (6%).

#### 7. Distribusi responden berdasarkan jumlah pernikahan

Jumlah pernikahan juga merupakan salah satu faktor resiko terjadi kanker serviks. Hal ini berkaitan dengan pasangan seksual yang berganti-ganti. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap penderita kanker



serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya didapatkan jumlah pernikahan seperti yang tampak pada diagram 5.8 di bawah ini :

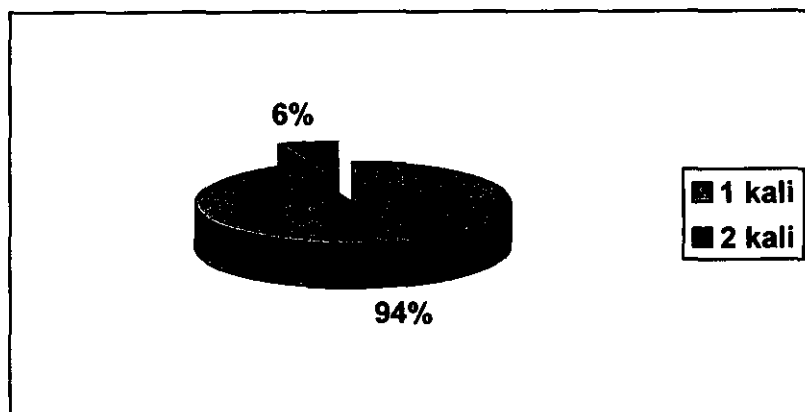


Diagram 5.8 Distribusi responden berdasarkan jumlah pernikahan penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan Februari 2005

Diagram 5.8 menunjukkan bahwa sebagian besar responden menikah 1 (satu) kali sebanyak 17 orang (94%) dan sebagian kecil menikah 2 (dua) kali sebanyak 1 orang (6%).

### 5.1.3 Data Variabel Penelitian

#### 1. Distribusi responden berdasarkan penerapan komponen komunikasi perawat

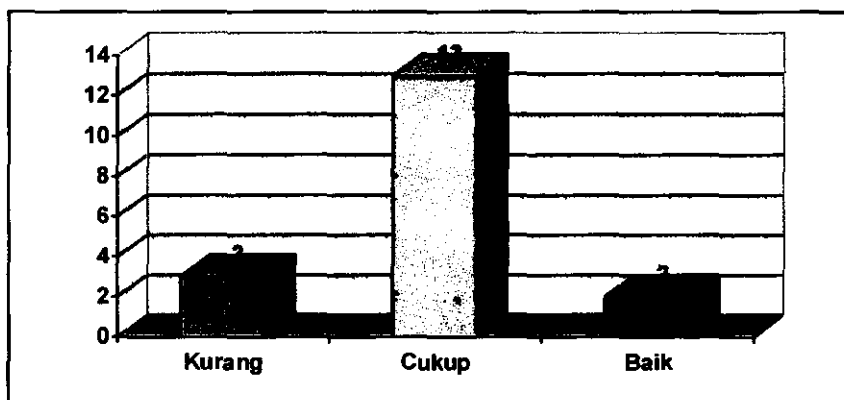


Diagram 5.9 Distribusi responden berdasarkan penerapan komponen komunikasi perawat di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya bulan Nopember 2004.

Berdasarkan diagram 5.9 di atas diketahui bahwa sebagian besar responden menilai penerapan komponen komunikasi perawat cukup sebanyak 13 orang (72,2), kurang sebanyak 3 orang (16,7%) dan baik sebanyak 2 orang (11,1%).

2. Distribusi responden berdasarkan tahap penerimaan penderita kanker serviks

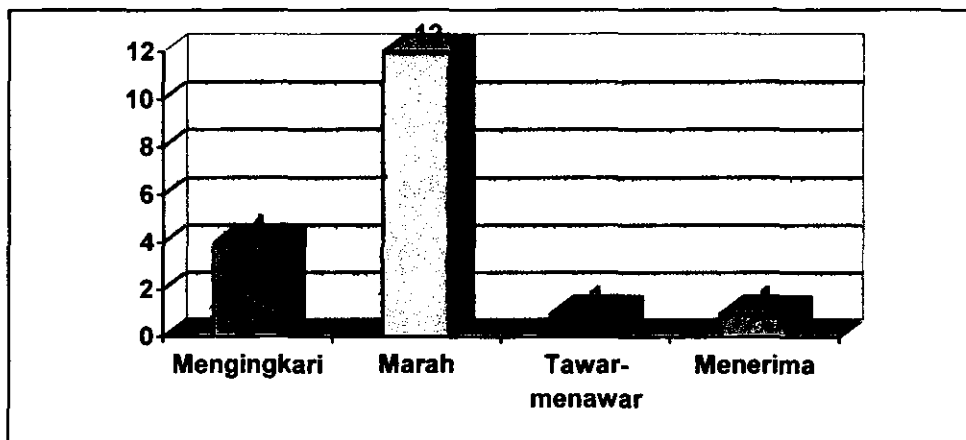


Diagram 5.10 Distribusi responden berdasarkan tahap penerimaan penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya bulan Februari 2005.

Berdasarkan diagram 5.5 di atas diketahui bahwa sebagian besar responden berada pada fase marah (*anger*) sebanyak 12 orang (67%), mengingkari (*denial*) 4 orang (28%), tawar-menawar (*bargaining*) 1 orang (6%) dan fase menerima (*acceptance*) 1 orang (6%).

3. Hubungan penerapan komponen komunikasi perawat dengan tahap penerimaan penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

Tabel 5.1 Tabulasi silang hubungan penerapan komponen komunikasi perawat dengan tahap penerimaan penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

Komunikasi perawat	Tahap Penerimaan								Total	
	Denial		Anger		Bargaining		Acceptance			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kurang	3	17	0	0	0	0	0	0	3	17
Cukup	1	6	12	65	0	0	0	0	13	71
Baik	0	0	0	0	1	6	1	6	2	12
Total	4	23	12	65	1	6	1	6	18	100

Berdasarkan tabel 5.1 di atas diketahui bahwa dari 3 responden yang menilai penerapan komponen komunikasi perawat kurang semua berada pada tahap penerimaan fase *denial* (mengingkari). Dari 13 responden yang menilai penerapan komponen komunikasi perawat cukup sebagian besar berada pada fase *anger* (marah) sebanyak 12 orang (65%) dan sebagian kecil pada fase *denial* sebanyak 1 orang (6%). Sedangkan dari 2 orang yang menilai penerapan komponen komunikasi perawat baik terdapat 1 orang (6%) pada fase *bargaining* (tawar-menawar) dan 1 orang (6%) pada fase *acceptance* (menerima).

Hasil uji statistik menggunakan korelasi *Spearman rho* didapatkan nilai signifikansi  $p = 0.000$  lebih kecil dari nilai standar  $p=0.05$  dan derajat korelasi  $r=0.906$  menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan dengan derajat korelasi kuat antara penerapan komponen komunikasi perawat dengan tahap penerimaan penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

## 5.2 Pembahasan

Sesuai dengan tujuan penelitian akan dibahas tentang penerapan komponen komunikasi perawat, tahap penerimaan dan hubungan antara penerapan komponen komunikasi perawat dan tahap penerimaan penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

### 5.2.1 Penerapan komponen komunikasi perawat di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya

Dari penyajian data hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar responden menilai penerapan komponen komunikasi perawat di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya cukup dan sebagian kecil masih kurang.

Menurut Effendi (1992) komunikasi diartikan sebagai upaya seseorang untuk merubah pikiran, perasaan atau perilaku orang lain. Komunikasi juga merupakan elemen dasar dari hubungan interpersonal untuk membuat, memelihara, dan menampilkan kontak dengan orang lain (Anm, 1998). Menurut Stuart dan Sundeen (1995) yang dikutip oleh Intansari Nurjannah, arti komunikasi bagi perawat sebagai alat untuk membangun hubungan terapeutik.

Komunikasi terapeutik menurut Purwanto (1994) adalah proses yang digunakan oleh perawat memakai pendekatan yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan pada klien. Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antara perawat dengan klien.

Hambatan komunikasi terapeutik dalam hal kemajuan hubungan perawat-klien terdiri dari tiga jenis utama : resistens, transferens, dan kontertransferens (Kelliat, 1998).

Resisten adalah upaya klien untuk tetap tidak menyadari aspek penyebab ansietas yang dialaminya. Resisten merupakan keengganan alamiah atau penghindaran verbalisasi yang dipelajari atau mengalami peristiwa yang menimbulkan masalah aspek diri seseorang. Resisten sering merupakan akibat dari ketidaksediaan klien untuk berubah ketika kebutuhan untuk berubah telah dirasakan. Perilaku resistens biasanya diperlihatkan oleh klien selama fase kerja, karena fase ini sangat banyak berisi proses penyelesaian masalah.

Transferens adalah respon tidak sadar dimana klien mengalami perasaan dan sikap terhadap perawat yang pada dasarnya terkait dengan tokoh dalam kehidupannya di masa lalu. Sifat yang paling menonjol adalah ketidaktepatan respon klien dalam intensitas dan penggunaan mekanisme pertahanan pengisaran (*displacement*) yang maladaptif. Ada dua jenis utama reaksi bermusuhan dan tergantung.

Kontertransferen yaitu kebuntuan terapeutik yang dibuat oleh perawat bukan oleh klien. Kontertransferens merujuk pada respon emosional spesifik oleh perawat terhadap klien yang tidak tepat dalam isi maupun konteks hubungan terapeutik atau ketidaktepatan dalam intensitas emosi. Reaksi ini biasanya berbentuk salah satu dari tiga jenis reaksi sangat mencintai, reaksi sangat bermusuhan atau membenci dan reaksi sangat cemas sering kali digunakan sebagai respon terhadap resisten klien.

Pada penelitian ini peneliti berpendapat bahwa ada berbagai faktor yang mempengaruhi penilaian pasien mengenai penerapan komunikasi terapeutik. Beberapa faktor tersebut antara lain beban kerja yang tinggi karena perbandingan jumlah perawat dan penderita tidak sesuai. Kecemasan klien mengenai penyakit

juga berperan dalam penilaian komunikasi terhadap perawat sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Kelliat (1998) yang mengatakan bahwa salah satu hambatan dalam komunikasi adalah resistens yaitu upaya klien untuk tetap tidak menyadari aspek penyebab ansietas yang dialaminya, yaitu ansietas terhadap penyakit kanker serviks yang diderita.

### 5.2.2 Tahap penerimaan penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya

Data mengenai tahap penerimaan klien menunjukkan bahwa sebagian besar responden saat ini berada pada fase mengingkari penyakit yang diderita (*denial*) dan hanya sebagian kecil yang berada pada fase menerima (*acceptance*).

Menurut Kubler & Ross (1996) tahap-tahap penerimaan terhadap penyakit kronis adalah menolak (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bargaining*), depresi dan menerima (*acceptance*).

Penolakan adalah melindungi diri sendiri terhadap kenyataan yang tidak menyenangkan dengan menolak menghadapi hal itu. Marah adalah perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan yang di rasakan sebagai ancaman (Stuart & Sundeen, 1995). Tahap ini ditandai dengan rasa marah dan emosi yang tidak terkendalikan. Sering kali kita menghadapi pasien selama tahap ini. Pasien mungkin akan mencela setiap dan atau dirinya sendiri. Tidak jarang pasien atau keluarga menunjukkan perilaku agresif, bicara kasar, menuduh perawat/dokter tidak becus. Tawar menawar terjadi apabila individu telah mampu mengungkapkan rasa marahnya secara intensif, maka ia akan berlanjut ke tahap tawar menawar dengan memohon kemurahan Tuhan. Depresi adalah gangguan alam perasaan yang ditandai oleh kesedihan, harga diri rendah, rasa bersalah,

putus asa, perasaan kosong. (Keliat, 1991). Tahap ini biasanya merupakan satu waktu yang sedih, oleh karena pasien atau keluarga dalam suasana berkabung. Individu atau keluarga mulai menerima kenyataan yang dialami, gambaran tentang obyek atau keluarga yang mengalami gangguan mulai di lepaskan.

Sebagian besar tahap penerimaan pada penelitian adalah pada fase denial. Hal ini berhubungan dengan beberapa faktor antara lain tingkat pendidikan yang sebagian rendah. Status responden yang sebagian besar tidak bekerja juga dapat mempengaruhi tahap penerimaan klien.

### **5.3 Hubungan tahap penerimaan dengan penerapan komponen komunikasi perawat di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya**

Berdasarkan hasil analisa korelasi Spearman *Rho* mengenai hubungan antara penerapan komponen komunikasi perawat dengan respon psikologis klien didapatkan nilai signifikansi tentang gaji  $p = 0.000$  dengan derajat korelasi  $(r) = 0.906$  Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan dengan derajat korelasi kuat antara penerapan komponen komunikasi perawat dengan tahap penerimaan klien di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

Tujuan komunikasi terapeutik menurut Purwanto (1994) adalah: (1) membantu klien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan, (2) mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya, (3) mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.

Beradaptasi terhadap penyakit memerlukan strategi, tergantung ketrampilan coping yang bisa digunakan dalam menghadapi situasi sulit. Mous

(1984) menguraikan tujuh kategori ketrampilan koping : Menyangkal, mencari informasi, menerima dukungan emosional, pembelajaran merawat diri, menetapkan tujuan terbatas yang konkrit, menunjang hasil alternatif; dan pencarian makna dalam suatu penyakit (Brunner & Suddarth, 2002).

Banyak faktor yang mempengaruhi tingkat stress dan kemampuan koping seseorang. Seperti teori diatas mengatakan bahwa salah satu adalah kemampuan mencari informasi dalam hal ini berhubungan dengan komunikasi perawat.

Komunikasi perawat yang masih sebagian kecil penerapan komponen komunikasinya baik dan belum pada kategori cukup mempengaruhi sebagian besar tahap penerimaan klien tetap berada pada fase awal yaitu *denial* dan marah. Sedikit sekali yang berada pada respon menerima.

Oleh karena itu perawat di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya perlu meningkatkan kualitas komunikasi sehingga tujuan dari komunikasi untuk menurunkan kecemasan klien dan berada pada tahap penerimaan yaitu menerima keadaan penyakit yang diderita.



## **BAB 6**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan melalui pengumpulan data yang dilaksanakan di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 21-22 Februari 2005 maka diambil kesimpulan dan saran sebagai berikut:

#### 6.1 Kesimpulan

1. Sebagian besar responden menilai bahwa penerapan komponen komunikasi perawat di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya cukup sebagian kecil saja yang menerapkan komponen komunikasi dengan baik.
2. Tahap penerimaan klien sebagian besar berada pada fase marah (*anger*) dan menolak (*denial*) dan hanya sebagian kecil yang berada pada fase menerima (*acceptance*).
3. Uji analisis menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan penerapan komponen komunikasi perawat dengan tahap penerimaan penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya. Hal ini menunjukkan bahwa perlu dilakukan komunikasi yang baik antara perawat dengan penderita kanker serviks karena berhubungan dengan tahap penerimaan klien dalam penerimaan penyakit kanker serviks

#### 6.2 Saran

1. Perawat hendaknya selalu menjalin interaksi yang baik dengan penderita kanker serviks dengan cara menerapkan komponen komunikasi pada saat

perawat membina hubungan sesuai dengan tingkat perkembangan klien dalam mengidentifikasi masalah dan pemecahan masalah.

2. Keadaan tahap penerimaan klien perlu mendapat perhatian seperti klien mau menerima kenyataan karena pada penderita kanker serviks sangat berperan dalam status kesehatan dan imunitas.
3. Perlu dilakukan penelitian hubungan komponen lebih lanjut untuk mengetahui hubungan komponen komunikasi dengan tahap penerimaan kanker serviks dengan responden yang lebih banyak dan kontrol variabel yang lebih ketat untuk mendapatkan hasil penelitian yang lebih akurat dan relevan.



**DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR PUSTAKA

- Bruner & Suddarth. (2002) (Alih Bahasa Agung Waluyo). *Buku Ajar Keperawatan Medikal - Bedah*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta, hal: 130.
- Christina L. DKK. (2003). *Komunikasi Kebidanan*. Penerbit Buku EGC. Jakarta, hal: 50.
- Charles A. & Eamon S. (1997). (Alih Bahasa Leoni Sally M.). *Psikologi Sosial Untuk Perawat*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta, hal: 140.
- Danielle G. (1987). *Rencana Askep Onkologi*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta, hal: 161.
- Gail W.S & Sandra J.S (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 3*. EGC : Jakarta. Hal 227.
- Ishak A. & Henri T. ( 2003 ). *Manajemen Motivasi*. Penerbit PT Gramedia Widia Sarana Indonesia Jakarta, hal: 16.
- Kelliat dan Christina. (1996). *Marah Akibat Penyakit Yang Diderita*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta, hal: 4.
- Kelliat (1992). *Hubungan Terapeutik Perawat Klien*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta, hal: 36.
- Kelliat. ( 1997 ). *Penatalaksanaan Stres*. EGC. hal: 3.
- Neil Niven. ( 2002 ). (Alih Bahasa Agung Waluyo). *Psikologi Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta, hal: 124.
- Notobroto (2004). *Penghitungan Besar Sampel*. Lembaga Penelitian Universitas Airlangga Surabaya, hal: 8.
- Nursalam. (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Penerbit Salemba Medika, hal: 83.
- Purwanto Heri. (1994). *Komunikasi Untuk Perawat*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta, hal: 23.
- Paul H. & Kenneth H. ( 1995 ) (Penerjemah Agus Dharma). *Manajemen Perilaku Organisasi Pendayagunaan Sumber Daya Manusia*. Penerbit Erlangga. Jakarta, hal: 15.

Sarwono, P (1999). *Ilmu Kebidanan. Edisi 3*. Yayasan Bina Pustaka Prawirohardjo : Jakarta. Hal : 6.

Tambunan. (1991). *Diagnosis dan Tatalaksana Sepuluh Jenis Kanker Terbanyak di Indonesia*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta, hal: 21

Uha S. DhK. (2002). *Pendidikan kesehatan Dalam Keperawatan*. Penerbit Buku kedokteran EGC. Jakarta, hal: 59.

\_\_\_\_\_ ( 2004 ). *Smposium Nasional Perdana Psikoneureimunologi*. UNAIR. Surabaya

\_\_\_\_\_ ( 2002 ). *Buku Panduan Penyusunan Proposal Dan Skripsi*. Departemen Pendidikan nasional Universitas Airlangga FK Unair. Program Studi Ilmu Keperawatan Surabaya, hal: 17.

**LAMPIRAN**



**DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN**  
Jl. Mayjen Prof Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60131  
Telp : (031) 5012496 - 5014067 Fax : 031- 5022472

Surabaya,  *Maret 2005*

Nomor : *4979/03.1.17/PSIK & DIV PP/*  
Lampiran :  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan  
Data Awal Mahasiswa PSIK – FK Unair**

Kepada Yth :  
Direktur RSUD Dr. Soetomo  
Surabaya  
Di  
Tempat

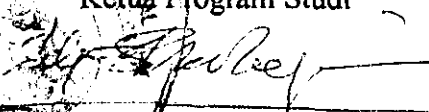
Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini dalam mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Rumentha Tambunan  
NIM : 010330674 – B  
Rencana Judul Penelitian : **“HUBUNGAN PENERAPAN KOMPONEN  
KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN TAHAP  
PENERIMAAN PADA PENDERITA KANKER  
SERVIKS DI RUANG KANDUNGAN  
RSU DR. SOETOMO SURABAYA”**  
Tempat : Ruang Kandungan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Tembusan : -  
Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo  
Surabaya

Ketua Program Studi  
  
Prof. Eddy Soewandojo, dr., Sp.PD, KTI  
NIP.: 130 325 831



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR**  
**RUMAH SAKIT UMUM Dr. SOETOMO**  
**INSTALASI RAWAT INAP BEDAH**  
JL. MAYJEN PROF. Dr. MOESTOPO No. 6 – 8 TELP. 5501135 – 5501136  
S U R A B A Y A

---

**NOTA DINAS**

Kepada Yth. : Kepala Bidang Litbang RSUD Dr. Soetomo Surabaya  
Dari : Kepala IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya  
No. : 29/304/IRNA Bedah/III/ 2005  
Tanggal : 1 Maret 2005  
Perihal : Mengijinkan melakukan penelitian a.n **Rumentha  
Tambunan**  
Lamp. :

---

Menindaklanjuti surat dari Kepala Bidang Litbang pada tanggal 23 Februari 2005,  
Nomor 070/85/Litb/304/II/2005 perihal pertimbangan ijin penelitian atas nama:

**Rumentha Tambunan**  
**NIM. 010330674 - B**

Dari Program Studi S.I Ilmu Keperawatan FK Unair Surabaya, sebagai syarat tugas akhir  
kuliah yang berjudul

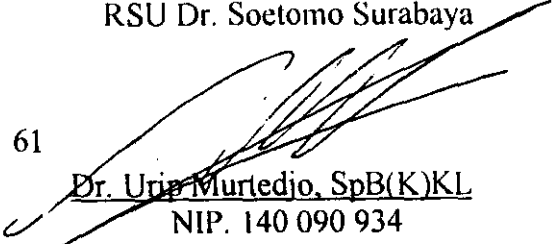
**“Hubungan penerapan komponen komunikasi terapeutik dengan tahap penerimaan  
pada penderita kanker serviks di Ruang Kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya”**

pada dasarnya kami mengijinkan untuk melakukan penelitian.

Demikian, atas kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Hormat kami,  
Kepala Instalasi Rawat Inap Bedah  
RSUD Dr. Soetomo Surabaya

61

  
Dr. Urip Murtedjo, SpB(K)KL  
NIP. 140 090 934

### Lampiran 3

#### PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

#### HUBUNGAN PENERAPAN KOMPONEN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN TAHAP PENERIMAAN PADA PENDERITA KANKER SERVIKS

Saya mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, sedang mengadakan penelitian tentang Hubungan Penerapan Komponen Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tahap Penerimaan Penderita Kanker Serviks Di Ruang Kandungan RSU. Dr. Soetomo Surabaya.

Agar tidak terjadi kesalahan dalam pengisian saya mohon petunjuk pengisian kuesioner dibaca secara seksama

Hasil penelitian ini sangat tergantung pada jawaban yang saudara berikan, oleh karena itu saya mohon kuesioner ini diisi sesuai dengan keadaan yang saudara rasakan. Saya mohon untuk tidak didiskusikan dengan teman sejawat yang lain. Semua jawaban adalah benar, sejauh jawaban tersebut benar-benar menggambarkan perasaan dan penghayatan saudara. Kerahasiaan identitas saudara akan dijaga dan tidak akan disebarluaskan.

Penulisan kode responden pada lembar kuesioner cukup dengan inisial saudara.

Saya sangat menghargai kesediaan, perhatian serta perkenan Saudara, untuk itu saya sampaikan terima kasih. Semoga jerih payah Saudara dapat memberikan dukungan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan.

Surabaya, Pebruari 2005

Peneliti

**Rumentha**

## Lampiran 4

### KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan maksud tujuan penelitian ini saya bersedia menjadi responden pada penelitian yang dilakukan oleh Sdri. Rumentha, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya dengan judul :

HUBUNGAN PENERAPAN KOMPONEN KOMUNIKASI TERAPEUTIK  
PERAWAT DENGAN TAHAP PENERIMAAN PADA PENDERITA  
KANKER SERVIKS

Surabaya, Februari 2005

Responden,

(.....)

## Lampiran 5

### LEMBAR KUESIONER

Isilah dengan tanda silang (X) pada kotak yang telah disediakan sesuai pertanyaan berikut :

No. Responden :

Kode Responden :

#### A. Data Demografi

##### 1. Jenis kelamin

- 1) Pria
- 2) Wanita

##### 2. Pendidikan

- 1) Perguruan tinggi
- 2) SMU
- 3) SMP
- 4) SD
- 5) Tidak sekolah

##### 3. Umur

- 1) < 20 th
- 2) 21 – 35 th
- 3) 36 – 46 th
- 4) 46 – 55 th
- 5) > 55 th

##### 4. Status perkawinan

- 1) Kawin
- 2) Tidak kawin
- 3) Janda

##### 5. Pekerjaan

- 1) Tidak bekerja
- 2) Pensiun
- 3) Petani
- 4) Swasta

6. Jumlah anak
  - 1) Satu
  - 2) Dua
  - 3) Tiga
  - 4) Empat
  - 5) Lebih dari empat
7. Riwayat penyakit kanker dalam keluarga
  - 1) Ada
  - 2) Tidak ada
8. Pernikahan yang ke :
  - 1) Satu
  - 2) Dua
  - 3) Tiga
  - 4) Empat

## B. Penerapan Komponen Komunikasi Perawat

No	Penerapan Komponen Komunikasi	Ya	Tidak	Kode
1	Perawat mengevaluasi tentang kemampuan yang dimiliki			
2	Perawat menetapkan tujuan dalam berkomunikasi			
3	Perawat menyiapkan secara tertulis rencana percakapan dengan penderita			
4	Perawat menggunakan teknik komunikasi sesuai dengan tujuan berinteraksi dengan penderita			
5	Perawat memberi salam disertai dengan berjabat tangan			
6	Perawat memperkenalkan diri kepada pasien/penderita			
7	Perawat menanyakan nama penderita			
8	Perawat duduk berhadapan dengan penderita saat berkomunikasi			
9	Perawat menjelaskan tujuan berinteraksi dengan penderita			
10	Perawat mendiskusikan masalah atau kebutuhan pasien			
11	Perawat menyampaikan hasil pemeriksaan dan perkembangan kesehatan pada penderita			
12	Perawat menganjurkan pasien/penderita mengungkapkan perasaannya			
13	Perawat memberikan kesempatan kepada penderita untuk memulai pembicaraan			
14	Perawat mendengar ucapan/kata penderita dengan penuh perhatian			
15	Perawat menjelaskan tentang penyakit dan hal-hal yang perlu diperhatikan			
16	Perawat memberikan dukungan pada penderita			
17	Perawat mendorong penderita untuk bersikap realistis			
18	Perawat mendorong penderita untuk berinteraksi dengan individu lain			
19	Perawat mendorong penerimaan keterbatasan yang dimiliki penderita			
20	Perawat mendorong penggunaan sumber spiritual bila diperlukan			

### C. Tahap Penerimaan Pasien Kanker Serviks

Jawablah dengan memberi tanda (√) pada pilihan yang anda anggap tepat

Keterangan :

SL : Selalu

SR : Sering

KD : Kadang-kadang

TP : Tidak pernah

No	Respon	SL (1)	SR (2)	KD (3)	TP (4)	Kode
<b>A</b>	<b>Menolak (<i>Denial</i>)</b>					
1	Saya tidak percaya kalau saya menderita sakit					
2	Saya tidak tahu harus bebuat apa dengan penyakit ini					
3	Saya pikir hasil pemeriksaan dokter itu salah					
4	Saya akan memeriksakan penyakit saya ke dokter atau orang pintar lain					
5	Saya berusaha merahasiakan kondisi penyakit saya kepada orang lain					
6	Saya malu dengan orang lain jika mereka mengetahui penyakit saya					
7	Saya akan bersikap biasa, seolah-olah tidak terjadi sakit pada saya					
<b>B</b>	<b>Marah</b>					
1	Saya menyalahkan orang lain mengapa harus saya yang menderita sakit ini					
2	Saya menyalahkan Tuhan mengapa harus saya yang menderita sakit ini					
3	Saya marah dan tersinggung, jika ada orang lain yang membicarakan sakit saya					

No	Respon	SL (1)	SR (2)	KD (3)	TP (4)	Kode
<b>A</b>	<b>Menolak (<i>Denial</i>)</b>					
1	Saya berfikir seandainya bukan saya yang menderita tentu tidak akan begini					
2	Saya berfikir seandainya saya sembuh saya akan selalu menjaga kesehatan saya					
3	Seandainya sakit saya tidak kambuh lagi, saya akan berbuat baik dan beramal					
<b>D</b>	<b>Depresi</b>					
1	Saya merasa sangat terpukul ketika diberi tahu penyakit saya					
2	Sejak saya sakit, saya merasa malas berhubungan dengan orang lain					
3	Saat ini saya merasa tidak berdaya					
4	Saya sedih dan menangis ketika memikirkan penyakit saya					
5	Saya merasa gagal dalam hidup karena tidak bisa mencapai kebahagiaan					
6	Saya malas untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari					
7	Saya sering berfikir putus asa untuk berobat					
8	Saya kadang berfikir untuk bunuh diri dan mati dengan tenang daripada mengalami sakit seperti ini					
<b>E</b>	<b>Menerima</b>					
1	Saya saat ini berpikir akan menyerahkan sepenuhnya kepada dokter/perawat tentang perawatan penyakit saya					
2	Saya akan menyediakan semua keperluan untuk kesembuhan penyakit saya					
3	Saya akan meminta penjelasan secara jelas kepada dokter dan perawat tentang penyakit saya dan kemungkinan kesembuhannya					
4	Saya berpikir bahwa penyakit yang saya derita adalah kehendak-Nya sebagai cobaan didunia					



Lampiran 6

**TABULASI DATA RESPONDEN**

No	Pend	Umur	Kawin	Pekrj	Jml anak	Riwayat	Nikah	Komunikasi	Fase	Tahap Penerimaan
1	4	3	3	4	3	2	1	3	5	100
2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	100
3	4	3	1	1	3	2	1	2	2	91.6
4	2	2	1	1	0	2	1	2	2	100
5	4	2	2	1	3	2	1	2	2	91.6
6	4	5	3	3	3	2	1	1	1	89
7	4	5	3	3	3	2	1	2	2	91.6
8	4	3	1	3	2	2	1	2	2	100
9	4	2	1	4	2	1	1	2	2	100
10	4	3	3	3	2	2	1	2	2	91.6
11	4	5	1	4	4	2	1	2	1	64
12	4	4	1	1	2	2	1	3	3	66.6
13	4	3	3	1	2	2	1	1	1	82
14	2	3	1	4	2	2	1	2	2	91.6
15	4	4	3	3	3	2	1	2	2	91.6
16	4	3	1	1	2	2	1	1	1	62.8
17	5	5	3	3	3	2	1	2	2	91.6
18	3	5	1	1	3	2	1	2	2	91.6

Keterangan

**Pendidikan**

- 1 : Perguruan tinggi
- 2 : SMU
- 3 : SMP
- 4 : SD
- 5 : Tidak sekolah

**Umur**

- 1 : < 20 tahun
- 2 : 21-35 tahun
- 3 : 36-45 tahun
- 4 : 46-55 tahun
- 5 : > 55 tahun

**Status perkawinan**

- 1 : kawin
- 2 : tidak kawin
- 3 : janda

**Pekerjaan**

- 1 : Tidak bekerja
- 2 : pensiun
- 3 : petani
- 4 : swasta

**Jumlah anak**

- 1 : 1 orang
- 2 : 2 orang
- 3 : 3 orang
- 4 : 4 orang
- 5 : 5 orang

**Riwayat kanker keluarga**

- 1 : ada riwayat
- 2 : tidak ada riwayat

**Jumlah pernikahan**

- 1 : 1 kali
- 2 : 2 kali
- 3 : 3 kali
- 4 : 4 kali
- 5 : 5 kali

**Fase tahap penerimaan**

- 1 : Denial
- 2 : marah
- 3 : tawar menawar
- 4 : depresi
- 5 : menerima

**Nilai penerapan komunikasi**

- 1 : kurang = 51 %
- 2 : cukup = 51-75 %
- 3 : baik = 76 - 100%

**Nilai tahap penerimaan**

Prosentase nilai sesuai dengan fase tahap penerimaan klien

## Frequencies

### Statistics

		Pendidikan	Umur	Status perkawinan	Pekerjaan
N	Valid	18	18	18	18
	Missing	0	0	0	0
Mean		3.67	3.44	1.83	2.33
Std. deviation		.840	1.149	.985	1.283

### Statistics

		Jumlah anak	Riwayat kanker	Jumlah pernikahan	Penerapan komunikasi
N	Valid	18	18	18	18
	Missing	0	0	0	0
Mean		2.44	1.94	1.06	1.94
Std. deviation		.856	.236	.236	.539

### Statistics

		Tahap perkembangan	Nilai tahap perkembangan
N	Valid	18	18
	Missing	0	0
Mean		2.00	90.4000
Std. deviation		.907	10.32985

## Frequency Table

### Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	SMU	3	16.7	16.7	16.7
	SLTP	1	5.6	5.6	22.2
	SD	13	72.2	72.2	94.4
	TS	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

### Umur

	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid < 20 tahun	4	22.2	22.2	22.2
21-35 tahun	7	38.9	38.9	61.1
36-45 tahun	2	11.1	11.1	72.2
46-55 tahun	5	27.8	27.8	100.0
> 55 tahun	18	100.0	100.0	

### Status perkawinan

	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid kawin	10	55.6	55.6	55.6
tidak kawin	1	5.6	5.6	61.1
janda	7	38.9	38.9	100.0
total	18	100.0	100.0	

### Jumlah anak

	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid 0	1	5.6	5.6	5.6
2	8	44.4	44.4	50.0
3	8	44.4	44.4	94.4
4	1	5.6	5.6	100.0
Total	18	100.0	100.0	

### Riwayat kanker

	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid Ada	1	5.6	5.6	5.6
Tidak ada	17	94.4	94.4	100.0
Total	18	100.0	100.0	

**Jumlah pernikahan**

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	Ke-1	17	94.4	94.4	94.4
	Ke-2	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

**Penerapan komponen komunikasi**

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	Kurang	3	16.7	16.7	16.7
	Cukup	13	72.2	72.2	88.9
	Baik	2	11.1	11.1	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

**Tahap penerimaan**

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	Denial	4	22.2	22.2	22.2
	Marah	12	66.7	66.7	88.9
	Tawar menawar	1	5.6	5.6	94.4
	Menerima	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

**Nilai tahap penerimaan**

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	64.00	1	5.6	5.6	5.6
	66.60	1	5.6	5.6	11.1
	82.20	1	5.6	5.6	16.7
	89.00	1	5.6	5.6	22.2
	91.60	8	44.4	44.4	66.7
	92.80	1	5.6	5.6	72.2
	100.00	5	27.8	27.8	100.0
	total	18	100.0	100.0	

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	%	N	%	N	%
Penerapan komponen komunikasi Tahap penerimaan	18	100.0	0	0	18	100.0

### Penerapan komponen komunikasi \* tahap penerimaan crosstabulation

Count

	Tahap penerimaan				Total
	Denial	Marah	Tawar menawar	Menerima	
Penerapan Kurang	3				3
komponen Cukup	1	12			13
komunikasi Baik			1	1	2
Total	4	12	1	1	18

### Nonparametric Correlations

#### Correlations

			Penerapan komponen komunikasi	Tahap penerimaan
Spearman's rho	Penerapan komponen komunikasi	Correlation coefficient	1.000	.906**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	18	18
	tahap penerimaan	Correlation coefficient	.906**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	
		N	18	18

\*\* . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed)